Nr. 25. 22. czerwca 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Henryk REISS, asystent kliniki. Kraków.

W sprawie sztucznych zmian w allergji skóry.

Z kliniki dematologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Walter.

Wychodząc z założenia, że allergja skóry, jako właściwość konstytucjonalna pozostaje w związku z gruczołami dokrewnemi i nerwowym układem współczulnym — zadałem sobie pytanie, czy możnaby przez wprowadzenie sztucznych zaburzeń w tej korrelacji ustrojowej właściwość tę zmienić (zwiększyć lub zmniejszyć jej stopień, względnie odmienić jej charakter). W pierwszym rzędzie badałem allergję skóry na przetwory białkowe i środki farmakodynamiczne. W celu zaś sprowadzenia zmian w allergicznych właściwościach skóry, używałem sztucznych przetworów gruczołowych i środków, działających na nerwowy układ współczulny. Przetwory i środki w tym celu używane nazywam *środkami pośredniczącemi* [1]) natomiast substancje, służące do wywołania odczynów allergicznych w próbach wstępnych i następowych *środkami odczynowemi* [2]) lub *allergenami*.

W próbie wstępnej wprowadzałem określoną ilość allergenu do skóry ramienia badanego chorego, przyczem określałem wymiar i stopień odczynu miejscowego zarówno natychmiast po wykonaniu próby, jak i po upływie 24 i 48 godzin. (Zbyteczną jest rzeczą zaznaczać, że nierzadko występowały także odczyny ogólne). Następnie poddawałem badanego działaniu środków pośredniczących; polegało to na wstrzykiwaniu podskórnem lub domięśniowem sztucznych przetworów gruczołowych lub jadów współczulnych, przez przeciąg około 2 tygodni. Z przetworów gruczołowych stosowałem dziennie 3—5—6 ampułek, natomiast z jadów współczulnych — atropinę (dziennie 0,002), adrenalinę dziennie 0,002) suprareninę w glicerynie (dziennie 3 cm³) wreszcie pilocarpinę (dziennie 0,02) dawkę zresztą normowałem zależnie od tego, jak ją chory znosił. Po upływie stosownego czasu wykonywałem próbę następową, która bywała identyczna z próbą wstępną tak co do sposobu jej wykonywania, jak i jej odczytywania. Rozmiary odczynów uzyskanych w próbach następowych porównywałem z odczynami, uzyskanemi w próbach wstępnych: różnica (w stopniu i wymiarze) była wskaźnikiem przemiany, jaka zaszła w allergji skóry pod wpływem środków pośredniczących. Oczywiście, że różnice dotyczyć mogły odczynów natychmiastowych, jak i widocznych po upływie 24 wzgl. 48 godzin.

W odczytywaniu odczynów natychmiastowych (t. j. pojawiających się w czasie od zadziałania podniety na skórę aż do upływu 30 minut) brałem na uwagę następujące ich cechy: 1. Zaczerwienienie (czas jego powstania, trwania, stopień, wymiar). 2. Sztuczny bąbel (czas trwania). 3. Gęsia skórka. 4. Bladość (cechy jak przy zaczerwienieniu). 5. Obrzęk wokoło sztucznego bąbla. 6. Bąbel odczynowy (czas jego powstania i trwania). 7. Wylew krwawy, przyczem wymiary oznaczałem w milimetrach.

Przy odczytywaniu odczynów późniejszych brałem natomiast na uwagę *zaczerwienienie* (jego stopień i rozległość) oraz **wyniosłość** ponad powierzchnię skóry otaczającej. Graficznie posługiwałem się znakami powszechnie używanemi przy oznaczaniu odczynów tuberkulicznych, ale używałem ich jedynie dla oznaczania odczynów późniejszych.

Ogółem wykonałem 522 prób na materjale 98 chorych w klinice dermatologicznej U. J. przyczem nie zważałem na rodzaj choroby, podejmując badania powyższe z czysto fizjologicznego punktu widzenia.

Z allergenów białkowych używałem przetworów następujących: 1. Mleko przegotowane. 2. Stężony roztwór peptonu. 3. Szczepionki (streptokokowe — propidon), buljon Besredki, wysoko wartościowa szczepionka przeciwwiewiórowa. 4. Surowica końska.

Z allergenów farmakodynamicznych używałem następujących: 1. Środki wysiękotwórcze (lymphagoga) a) roztwór histaminy (1:1000) b) roztwór morfiny (1:1000). 2. Środki zwężające naczynia (roztwór adrenaliny 1:1000). 3. Środki rozszerzające naczynia (roztwór koffeiny 1:1000).

Zarówno w próbach wstępnych jak i następowych wstrzykiwałem 0,3 cm³ allergenu doskórnie na bocznej powierzchni ramienia. Mając w badaniach powyższych inne cele niż Gröer i Hecht, stosowałem dawki większe niż oni, a to w celu osiągania typowych i wyraźnych odczynów. We wszystkich wypadkach wykonywałem również próby kontrolne, wstrzykując równocześnie 0,3 cm³ roztworu soli fizjologicznej.

Zestawienie umieszczone poniżej podaje różnice między odczynami allergicznemi skóry, temi jakie powstały po próbach wstępnych, a temi, jakie powstały po próbach następowych w systemie odczynowo-pośredniczącym.

I. Propidon.

A) Pod wpływem wyciągu z *tylnego płatu przysadki mózgowej* (jako środka pośredniczącego) ulegał odczyn allergiczny *po propidonie* (jako środku odczynowym) następującym zmianom, jakie cechowały próbę następową: W odczynach późniejszych. Wyniosłość mniejsza, zaczerwienienie słabsze.

B) Pod wpływem wyciągu z *gruczołu tarczowego:* W odczynach późniejszych: Wyniosłość większa w odczynie po 24 godz., bardzo wyraźnie zmniejszona rozległość w odczynie po 48 godz.

C) Pod wpływem *wyciągu z jąder:* W odczynach późniejszych: Odczyn wogóle silniej zaznaczony, zwłaszcza wyniosłość wyraźnie zwiększona.

D) Pod wpływem wyciągu *z jajników:* W odczynach późniejszych: Wyniosłość zwiększona w odczynie po 48 godzinach.

E) Pod wpływem *atropiny:* W odczynach późniejszych: Zaczerwienienie rozleglejsze w odczynie po 48 godzinach.

F) Pod wpływem *pilokarpiny:* W odczynach późniejszych: Wyniosłość nieco zmniejszona w odczynie po 48 godzinach.

G) Inne allergeny (zarówno przetwory gruczołowe jak i jady współczulne) nie wpływały w sposób widoczny na odczyn po próbie następowej.

II. Pepton.

A) Pod wpływem wyciągu *z gruczołu tarczowego:* a) w odczynach natychmiastowych: Bąbel odczynowy zwiększony, zaczerwienienie obwodowe nieco mniej nasilone; b) w odczynach późniejszych: Wyniosłość wyraźnie zwiększona w odczynie po 24 godz.

B) Pod wpływem wyciągu *z jajników:* W odczynach późniejszych: W niektórych przypadkach wyniosłość zmniejszona w odczynie po 24 godzinach.

C) Pod wpływem wyciągu z *grasicy:* a) w odczynach natychmiastowych: Bąbel odczynowy zmniejszony. Brak wylewu krwawego w skórze w tej części przypadków, w których ten objaw występował przy próbie wstępnej. b) w odczynach późniejszych: zaczerwienienie rozleglejsze.

D) Pod wpływem *pilokarpiny:* a) w odczynach natychmiastowych: Obwodowe zaczerwienienie odruchowe w niektórych przypadkach nieco zwiększone. b) w odczynach późniejszych: W niektórych przypadkach zaczerwienienie rozleglejsze, zwłaszcza w odczynie po 24 godz.

E) Pod wpływem *atropiny:* a) w odczynach natychmiastowych: W niektórych przypadkach bąbel odczynowy zwiększony. b) w odczynach późniejszych: Zaczerwienienie mniej rozległe.

F) Pod wpływem *adrenaliny* lub *suprareniny:* a) w odczynach natychmiastowych: Bąbel odczynowy bledszy, obwodowe zaczerwienienie odruchowe rozleglejsze. b) w odczynach późniejszych: Zaczerwienienie mniej rozległe.

G) Pod wpływem innych środków bez widocznych zmian.

III. Wysokowartościowa szczepionka przeciwwiewiórowa.

A) Pod wpływem wyciągu *z gruczołu tarczowego:* W odczynach późniejszych: Zaczerwienienie znacznie rozleglejsze, zwłaszcza w odczynie po 24 godzinach. Wyniosłość zwiększona.

---

[1]) Verbindungsmittel.
[2]) Reaktionsmittel.

B) Pod wpływem wyciągu *z jąder:* W odczynach późniejszych: Zaczerwienienie wyraźnie i znacznie rozleglejsze. Wyniosłość zwiększona w odczynie po 24 godz.

C) Pod wpływem wyciągu z *jajników:* W odczynach późniejszych: Zaczerwienienie rozleglejsze.

D) Pod wpływem *atropiny:* W odczynach późniejszych: Zaczerwieninie rozleglejsze, wyniosłość zwiększona. Zaczerwienienie bardziej nasilone w odczynie po 24 godzinach.

E) Pod wpływem *pilokarpiny:* W odczynach późniejszych: W niektórych przypadkach zaczerwienienie rozleglejsze w odczynie po 24 godzinach.

IV. Mleko.

A) Pod wpływem wyciągu z *jąder:* W odczynach późniejszych: Zaczerwienienie nieco rozleglejsze w odczynie po 24 godzinach.

V. Surowica końska.

Próby z surowicą końską napotykały na znaczne trudności. Wchodziła tu bowiem w grę sprawa anafilaksji. Wszak wprowadzanie nawet najmniejszych ilości surowicy końskiej do ustroju ludzkiego, powtarzane raz po raz w pewnych odstępach czasu, musi wywołać objawy uczulenia, zarówno miejscowe jak ogólne. Trudno jest zatem po przeprowadzeniu próby następowej w doświadczeniach systemem powyższym określić, o ile cechy owego powtórnego odczynu są wyrazem wpływu przetworów gruczołowych względnie, jadów wegetatywnych, a o ile wyrazem przeczulenia anafilaktycznego. Trzeba było przeprowadzić osobno na większej grupie badanych pewną liczbę wstrzyknięć doskórnych surowicy końskiej, stosowanych w dwóch odstępach czasu, oznaczyć za każdym razem odczyny i w ten sposób wyodrębnić pewne typy odczynów jako przeciętne dla prób powtórnych. Odczyny, uzyskane natomiast z prób następowych, wykonanych systemem pośredniczącо-odczynowym na innej grupie chorych, porównywałem z owemi przeciętnemi odczynami typowemi, a różnice uzyskane mogły być wyrazem zmian allergicznych, jakie zaszły w odczynach pod wpływem stosowania odpowiednich przetworów.

A) Pod wpływem wyciągu *z jąder:* W odczynach natychmiastowych: W większości przypadków bąbel odczynowy zmniejszony (t. j. mniejszy od bąbla, jaki byłby prawdopodobnie powstał przy temże powtórnem szczepieniu bez poprzedniego podawania wyciągu z jąder). Jeśli bąbel większy, może przybrać barwę czerwoną, będąc w próbie wstępnej białym. Zaczerwienienie w większości przypadków rozleglejsze.

B) Pod wpływem wyciągu *z gruczołu tarczowego:* a) w odczynach natychmiastowych: Bąbel odczynowy zwiększony, obwodowe zaczerwienienie w większości przypadków rozleglejsze. b) w odczynach późniejszych: Zaczerwienienie mniej rozległe w odczynie po 24 godzinach.

C) Pod wpływem wyciągu *z tylnego płatu przysadki mózgowej:* a) w odczynach natychmiastowych: Zaczerwienienie zazwyczaj nieco rozleglejsze. b) w odczynach późniejszych: Zaczerwienienie zazwyczaj rozleglejsze w odczynie po 24 godz.

D) Pod wpływem *adrenaliny:* a) w odczynach natychmiastowych: Zaczerwienienie mniej rozległe. Bąbel odczynowy w połowie przypadków czerwony, będąc w próbie wstępnej białym.

E) Pod wpływem *atropiny:* W odczynach natychmiastowych: Bąbel odczynowy zazwyczaj zmniejszony.

VI. Buljon Besredki:

Pod wpływem *wyciągu z jąder:* W odczynach natychmiastowych: Bąbel odczynowy zazwyczaj czerwony, jeśli nawet w próbie wstępnej był blady.

VII. Adrenalina.

Pod wpływem *adrenaliny:* W odczynach natychmiastowych: Sztuczny bąbel (z wstrzyknięcia) trwa krócej. Miejscowa bladość z niedokrwienia pojawia się wcześniej i trwa dłużej. Wypustki anemiczne (dendryty) mniejsze i rzadziej zachodzą. Zaczerwienienie obwodowe mniej rozległe i słabsze.

VIII. Histamina.

A) Pod wpływem wyciągu z *tylnego płatu przysadki mózgowej:* W odczynach natychmiastowych: Bąbel odczynowy zmniejszony, pojawia się później, powstaje wolniej. Zaczerwienienie mniej rozległe, pojawia się później, powstaje wolniej.

B) Pod wpływem *adrenaliny:* W odczynach natychmiastowych: W części przypadków bąbel odczynowy zwiększony i wcześniej się pojawia, a zaczerwienienie mniej rozległe.

IX. Morfina.

A) Pod wpływem wyciągu z *przedniego płatu przysadki mózgowej:* W odczynach natychmiastowych: W części przypadków bąbel odczynowy zwiększony. W części — zaczerwienienie mniej rozległe.

B) Pod wpływem *adrenaliny:* W odczynach natychmiastowych: W części przypadków zaczerwienienie rozleglejsze i trwa dłużej.

X. Koffeina.

Pod wpływem środków pośredniczących, bez widocznych zmian.

Z powyższego zestawienia wynika, że ze środków pośredniczących najsilniej zaznaczają swe działanie *wyciągi z jąder i gruczołu tarczowego,* i to w kierunku nasilenia odczynów, jakie występują po próbach następowych. Skutek tego działania zauważyć można w odczynach natychmiastowych i późniejszych. W największym stopniu widać to w odczynach późniejszych: wyciągi jądrowe działają na zwiększenie rozległości, a wyciągi tarczycowe na zwiększenie wyniosłości. Również zaznacza się wyraźniej wpływ wyciągu *z tylnego płatu przysadki mózgowej* i wpływ *adrenaliny,* jednak obu tych przetworów w kierunku osłabienia odczynów po próbach następowych. *Atropina* działa przeważnie w kierunku nasilającym, i to na odczyny późniejsze. Wpływ innych środków pośredniczących okazał się zbyt mało wyraźny, by go można było wyodrębnić i wymienić.

Z pośród ciał, użytych w charakterze odczynowym, okazały się najbardziej wrażliwe na działanie środków pośredniczących ciała białkowe, a z tych *pepton i surowica końska.* Oba te ciała, jak i *histamina,* ulegały pod wpływem ciał pośredniczących zmianom, zarówno w odczynach późniejszych jak i natychmiastowych. Ciała zaś białkowe w ogólności ulegały w próbach następowych zmianom przeważnie w odczynach późniejszych, natomiast jady wegetatywne przeważnie w odczynach natychmiastowych. Najmniej wrażliwem ciałem odczynowem okazała się koffeina.

Różnice w nasileniach między odczynami prób wstępnych a następowych były oczywiście przeważnie nieznaczne; obracały się w granicach kilku milimetrów w zmianie rozległości lub wyniosłości. Zmieniona cecha odczynu określana (w zestawieniu powyższem) jako *wyraźna,* oznaczała objaw stale, lub w olbrzymiej większości przypadków się powtarzający w odczynach allergenu X po środku pośredniczącym Y. Nazwa *znaczny* określała różnicę w cechach poszczególnych odczynu, przekraczającą 5 mm jeśli chodzi o rozległość czy wyniosłość, a *znaczną,* (nazwę w oznaczaniu potocznem przyjętą) różnicę w stopniu (nasileniu) zabarwienia, czy w jego odcieniu.

Wszelkie zmiany w odczynach allergicznych skóry, jakie zachodzą pod wpływem odpowiednich przetworów gruczołowych czy farmakologicznych, są niewątpliwie jednym z przykładów ujawniania się ukrytych, „potencjonalnych" właściwości biologicznych skóry. Przyszłość dermatologji leży zapewne w opracowaniu metod, któremi możnaby te ukryte cechy i czynności tkanki skórnej ujawnić i określić. Słusznie kładł na to nacisk Leszczyński (P. Gaz. lek. 14, 1923), który idąc dalej w tym kierunku przeprowadził badania wspólnie z Blattem nad wpływem przetworów gruczołowych względnie środków farmakologicznych na fizjologiczne i patologiczne czynności skóry. Badania swe opierał na skali chromo-hormonalnej, wykonując odczyny dwu- i trójczasowe. Doświadczenia tych autorów ujawniły między innemi, o ile mogą pewne, wstrzyknięte do skóry przetwory farmakologiczne i farmakodynamiczne uszkodzić jej naczynia przez zmianę ich przepuszczalności, oraz o ile można proces ten zmienić co do czasu i nasilenia, zarówno przez wprowadzenie dożylne innych przetworów farmakologicznych, jak i przez wzmożenie czynności gruczołów dokrewnych.

Wedle współczesnego stanu wiedzy, biologiczne czynności skóry, — a wszak do nich zaliczyć musimy allergję — zależą od czynności gruczołów dokrewnych i nerwowego układu współczulnego. Doświadczenia, zestawione w doniesieniu niniejszem niech stanowią przyczynek w tej obszernej, jeszcze nieopanowanej dziedzinie.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. kliniki. Lwów.
Dr. Józef HOFFMANN, st. asyst. Zakł.

Działanie wyciągów jądrowych na wyosobnioną macicę.

Z zakładu fizjologicznego U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. A. Beck.
Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. K. Bocheński.

Działanie wyciągów jądrowych badali Laqueur. Dingemanse, Dohrn, i Hart de Jongh (1). Wykazali oni, że zarówno w jądrach jak i we krwi samców znajdują się ciała posiadające wszystkie właściwości żeńskiego hormonu płciowego.

Pragnęli oni przeto dowieść tożsamości hormonów męskich i żeńskich. Podobnie Hirsch znalazł we krwi dojrzałych mężczyzn ciała, które wywoływały charakterystyczne zmiany w narządzie rodnym wytrzebionej myszy. Uważa on te ciała za hormony płciowe (2). Inni znów autorowie jak: Loewe, Voss. Lange i Wähner (3) przekonali się, że frakcje moczu mężczyzn zawierające thelykininę (kobiecy hormon płciowy), nie zawierają androkininy czyli męskiego hormonu płciowego. Podobnie i frakcje zawierające androkininę wolne są od thelykininy. Hormon jądrowy nie daje również dodatniego odczynu Allen-Doisy'ego, a wogóle, o ile hormony jąder i jajnika występują razem można zawsze je wyodrębnić.

Odmienne działanie wyciągów jąder i jajników na krzepnienie krwi „in vitro" i ciśnienie krwi u zwierząt wykazał Schickele (4).

W doświadczeniach naszych pragnęliśmy stwierdzić wpływ wyciągów jądrowych na wyosobnioną macicę świnki morskiej i ewentualnie wykazać swoiste ich działanie. Używaliśmy do tego celu wyciągów świeżo sporządzonych z jąder zwierzęcych, jakoteż gotowych preparatów.

Świeże wyciągi sporządzaliśmy w następujący sposób: uwolniwszy jądra od błon i grubszych naczyń krwionośnych rozcieraliśmy je z piaskiem na miazgę. którą zalewaliśmy taką samą ilością fizjologicznego roztworu soli kuchennej o ciepłocie 16° C. Po 24 godzinach odlewaliśmy część płynu i kilkakrotnie sączyliśmy, dopóki przesącz nie był przezroczysty.

Doświadczenia przeprowadzaliśmy w ten sposób, że dziewiczej śwince zabitej przez odcięcie głowy wyjmowaliśmy macicę i natychmiast po wycięciu zanurzaliśmy w roztworze Ringera-Loockego. Następnie jeden róg macicy, lub tylko jego część, zależnie od wielkości umieszczaliśmy w przyrządzie do badania wyosobnionych narządów. Przyrząd ten składał się z dwóch szklannych naczyń, jednego zewnętrznego, większego. wypełnionego wodą o stałej ciepłocie, utrzymywanej na stałym poziomie zapomocą termoregulatora i drugiego naczynia mniejszego, które zanurzone we większem wypełnialiśmy płynem Ringera-Loockego ($NaCl$ 8,0 + $CaCl_2$ 0,10 + CHO_3 0,10 + KCl 0,075 Glukosae 1,0 + Aqu. dest. 1000,0) w ilości 300 cm sz. W naczyniu tem umieszczano wypreparowaną macicę, połączoną z odpowiednim myografem. Aby umożliwić tkance pobieranie tlenu, odpowiedni, umyślnie w tym celu sporządzony przyrząd, doprowadzał regularnie powietrze zapomocą włosowatej rurki, połączonej wężem gumowym z butlą dolną, z której powietrze było wypychane ciśnieniem wody spływającej z butli położonej na wyższym poziomie. Dopływ wody, a tem samem i ilość wypływu powietrza regulowano zapomocą kurka.

Poniżej podajemy dla przykładu kilka protokołów i odpowiednie krzywe.

Doświadczenie 2. 5. XI. 1929 r.

Świnka dziewicza wagi 273 g. Umieszczono jeden róg macicy w przyrządzie do wyosobnionych narządów, w ciepłocie 39° C i zapisywano jego ruchy. Po ustaleniu się poziomu przy wysokości wychyleń 9 mm wkroplono 3 cm sz. 20% wodnego wyciągu jąder psa wagi 7,23 kg.

Rozcieńczenie 1:500. Po 39 sek. skurcze macicy ustały, myograf pisał prostą na poziomie 4 mm, a więc we fazie rozkurczowej. Prosta ta utrzymywała się w ciągu 13 min. (czas zahamowania). Po tym czasie zjawił się pojedynczy skurcz, wysokości 3 mm. a po 2 minutowej przerwie wystąpiły skurcze coraz częstsze i coraz bardziej zbliżone do prawidłowych, przyczem podniósł się także cały poziom krzywej, co wskazuje, że mięsień przeszedł w stan toniczny.

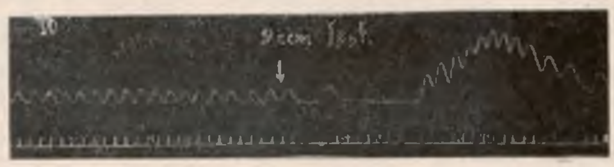


Krzywa Nr. 2.

Doświadczenie 10. — 22. XI. 1929 r.

Świnka dziewicza wagi 314 g. Zapisywano ruchy jednego rogu macicy. Warunki środowiska zupełnie takie same, jak w doświadczeniu Nr. 2.

Wychylenia prawidłowe 6 mm wysokie. Dodano 9 cm sz. wyciągu jądrowego (psa wagi 6,87 kg) w 25% roztworze. Rozcieńczenie 1:132. Po 1 min. wystąpiła przerwa w skurczach, trwająca 1 min. 30 sek., następnie skurcz i znów przerwa dłuższa, trwająca 4 min. 20 sek. Zahamowanie skurczów wystąpiło we fazie rozkurczowej. Po tej przerwie występują skurcze podobne do prawidłowych, ale na coraz to wyższym poziomie. (faza skurczowa).



Krzywa Nr. 10.

Doświadczenie 11. — 22. XI. 1929 r.

Świnka dziewicza wagi 288 g. Zapisywano ruchy jednego rogu macicy.

Skurcze prawidłowe wysokości 10 mm. W chwili rozkurczu dodano 9 cm sz. wyciągu 20% jąder (Extr. *20% subst. testic. animal.* „Klawe"). Rozcieńczenie 1:166. Wystąpiło zahamowanie skurczów trwające 8 min. Prosta leży nieco poniżej poziomu prawidłowych skurczów. Następnie powróciły skurcze prawidłowe.



Krzywa Nr. 11.

Doświadczenie 31. — 6. XII. 1929 r.

Świnka dziewicza wagi 307 g. Zapisywano ruchy jednego rogu macicy w przyrządzie i środowisku opisanem poprzednio. Ciepłota 39.2° C. Wysokość prawidłowych wychyleń wahała się w granicach od 1,5—2 cm. Skurcze występywały co 60—80 sek. W chwili rozkurczu dodano 6 cm sz. „Testiculi" — „Spiess". Rozcieńczenie 1:200. Nastąpiły jeszcze 2 minimalne skurcze wysokości 2 mm, następnie cały poziom obniżył się o 1 cm. Wystąpiło zupełne zahamowanie prawidłowych skurczów. Myograf napisał linię prostą przez czas 2 min. i 54 sek. Po tym czasie pojawiły się znaczne wychylenia skurczowe, cechujące się większą wysokością i dłuższym czasem trwania, naogół podobne jednak do początkowych.



Krzywa Nr. 31.

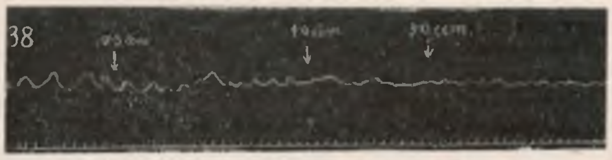
Doświadczenie 38. — 13. XII. 1929 r.

Świnka dziewicza wagi 265 g. Ciepłota 39° C. zapisywano ruchy części jednego rogu macicy.

Do 300 cm sz. płynu Ringera-Loocke'go w którym znajdowała się macica dodawano „Testiculi-Klawe" w ilości od 0,5 cm sz. (*Extr. 20% subst. testic. animal.*).

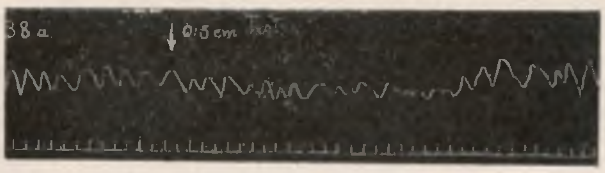
Doświadczenie to miało na celu wykazanie prostej zależności stopnia zahamowania od stopnia stężenia użytego ciała. Stopniowo zwiększano stężenie od 1:3000 do 1:333. Macica kurczyła się w odstępach około 80—90 sek. Wysokość skurczów wahała się pomiędzy 6—8 mm. Po dodaniu 0,5 cm 20%-go wyciągu „Testiculi-Klawe" wysokość wychyleń spadła do 3 mm, a odstępy czasów poszczególnych wychyleń były nieregularne.

Następnie dodano jeszcze 1 cm. sz. tego samego wyciągu. Wychylenia stają się jeszcze drobniejsze i zjawiają się w dłuższych odstępach czasu, a po dodaniu następnych 3 cm sz. tego samego wyciągu stały się minimalne.



Krzywa Nr. 38.

To samo doświadczenie wykonano następnie w ten sposób, że badano działanie poszczególnych dawek, od 0,5 cm sz. do 3 cm. sz. aż do ustąpienia tego działania t. j. do powrotu krzywej do normy. Na krzywej Nr. 38 a, widzimy, że 0,5 cm sz. 20% wyciągu „Testiculi-Klawe" wywołało tylko nieznaczne zmniejszenie się wychyleń i obniżenie poziomu krzywej. Natomiast dawka dwukrotnie większa (1 cm sz. tego wyciągu) powoduje znaczne zmniejszenie się wychyleń, trwające dłużej aniżeli w doświadczeniu poprzedniem. (Krzywa Nr. 38 b).



Krzywa Nr. 38 a.



Krzywa Nr. 38 b.

Doświadczenie 41. — 17. XII. 1929 r.

Świnka wagi 420 g. Załączono do aparatu część obwodową macicy ciężarnej (w obu rogach). Ciąża późna. Przyrząd i warunki jak w dośw. poprzednich. Ciepłota 39,5° C.

Myograf notował wychylenia skurczowe wysokości 20 mm w odstępach czasu około 1 min. 18 sek. Po dodaniu 0,5 cm sz. wyciągu jądrowego w rozcieńczeniu 1:3000 ustały zupełnie wychylenia skurczowe, a piórko nakreśliło prostą przez czas wynoszący 11 min. 30 sek., leżącą w poziomie poprzednich rozkurczów. Po tym czasie wystąpiło nagłe wychylenie skurczowe trwające mniejwięcej przez okres trzech skurczów prawidłowych, a kończące się drobnemi wahaniami w ramieniu zstępującem. Nastąpiły skurcze o charakterze zasadniczo podobnym do prawidłowych, występujące jednak częściej i bardziej nieregularnie.

Dodano powtórnie 0,5 cm sz. wyciągu jądrowego (rozcieńczenie 1:1500). Skurcze ustały powtórnie, myograf napisał prostą odpowiadającą 7 min. 30 sek. Po tym czasie rozpoczęły się wychylenia skurczowe na nowo. (Krzywa Nr. 41).

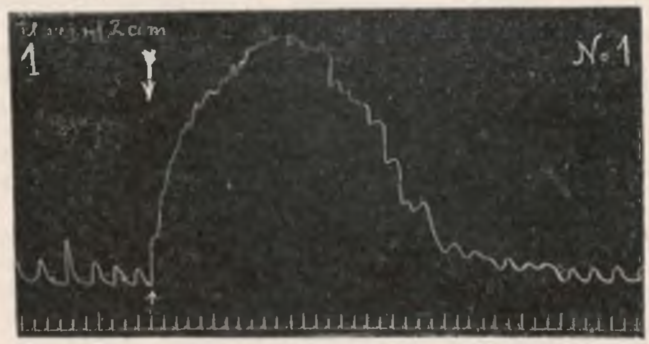
Aby uwypuklić bardziej jeszcze swoiste działanie wyciągów jądrowych przytaczamy poniżej kilka doświadczeń kontrolnych robionych z wyciągami łożyska, ciałka żółtego i jajnika.

Doświadczenie I. — 5. XII. 1929 r.

Świnka dziewicza wagi 273 g. Zapisywano ruchy jednego rogu macicy w przyrządzie i w środowisku jak poprzednio.

Do 300 cm sz. płynu Ringera-Loocke'go, w którym była zanurzona macica, dodano 2 cm sz. wodnego wyciągu z tkanki łożyskowej.

Prawidłowe wychylenia dochodziły do 20 mm. Po dodaniu wyciągu wystąpiło gwałtowne podniesienie całego poziomu, piórko napisało krzywą w kształcie łuku, dochodzącą do 90 mm wysokości o stromych obu ramionach na których, podobnie jak na szczycie krzywej, występują poszczególne skurcze wyraźnie widoczne. Później powróciły prawidłowe wychylenia.



Krzywa Nr. 1.

Doświadczenie Nr. 32. 11. XII. 1929 r.

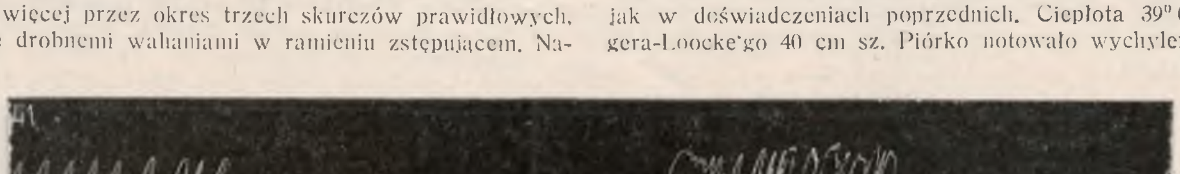
Świnka dziewicza wagi 300 g. Warunki środowiska jak poprzednio. Ciepłota w naczyniu wewnętrznem wynosiła 38.6° C. Ilość płynu 300 cm sz. Wysokość prawidłowych wychyleń wahała się od 17 mm do 20 mm. Dodano 2 cm sz. wyciągu z ciałka żółtego (*Extr. de corps jaune „Richter"*) Krzywa nie uległa żadnym zmianom. Dodano więc powtórnie 2 cm sz. tego samego wyciągu. Brak zmian. Pomimo kilkakrotnego dodawania wyciągu z ciałka żółtego, począwszy od 2 cm sz. do 10 cm sz. co odpowiada rozcieńczeniu od 1:300 do 1:30, zmian żadnych w krzywej nie stwierdzono.



Krzywa Nr. 32.

Doświadczenie Nr. 42. 20 I. 1930.

Świnka dziewicza wagi 287 g. Zabito przez ucięcie głowy i zapisywano ruchy części jednego rogu macicy. Przyrząd i warunki jak w doświadczeniach poprzednich. Ciepłota 39° C. Płynu Ringera-Loocke'go 40 cm sz. Piórko notowało wychylenia do 30 mm,



Krzywa Nr. 41.

w odstępach czasu około 2 minut. Po podaniu 2 cm sz. wyciągu jajników (0,4 g substancji, rozcieńczenie 1:1000), nie zauważono żadnych zmian w krzywej. Wychylenia nie odbiegały od przeciętnych prawidłowych. Wobec tego dodano 2 cm sz. tego samego wyciągu, (0,8 g substancji, rozcieńczenie 1:500), a gdy krzywa nie uległa zmianie dodano jeszcze 4 cm sz. Ogółem przeto dodano 1,6 g substancji, rozcieńczenie zaś zmniejszyło się do 1:165. Mimo to zmian nie było.



Krzywa Nr. 42.

Jeśli zatem rozpatrzymy przytoczone powyżej doświadczenia i uzyskane krzywe, uderza nas zupełnie odrębny charakter krzywych, wywołanych działaniem wyciągów jądrowych w stosunku do krzywych otrzymanych przez działanie wyciągów pochodzących z narządu płciowego żeńskiego. Bez względu na to czy były to wyciągi świeże z gruczołów zwierzęcych przygotowane, czy też gotowe już w handlu znajdujące się preparaty, wyniki otrzymaliśmy zawsze takie same:

Zahamowaie skurczów macicy we fazie rozkurczowej na pewien okres czasu, po upływie którego pojawiają się znów skurcze podobne do prawidłowych, później zaś rytmiczne. Czas zahamowania był w pewnej zależności od stopnia stężenia. Również i ciężarna macica zachowała się w taki sam sposób, jak tego dowodzi doświadczenie 41 (Krzywa Nr. 41).

Podobnego zahamowania nie stwierdziliśmy po innych wyciągach. W doświadczeniach naszych posługiwaliśmy się bowiem wyciągami innych części narządu płciowego żeńskiego jak np. jajnika, łożyska i ciałka żółtego. Dowodzą tego, dla przykładu tylko, wybrane doświadczenia Nr. 1, 32 i 41.

Równocześnie podjęte badania na materjale klinicznym w odpowiednich przypadkach położniczych i ginekologicznych pozwolą nam następnie omówić przypuszczalną możliwość zastosowania tego działania wyciągów jądrowych w celach leczniczych. Uczynimy to w swoim czasie. Obecnie zaś stwierdzamy tylko że:

1. wyciągi jąder hamują skurcz macicy, w przeciwieństwie do wyciągów innych narządów żeńskich, a zwłaszcza jajnika, ciałka żółtego i łożyska.

2. ciała zawarte w wyciągach jądrowych różnią się pod względem działania biologicznego zasadniczo od ciał zawartych w jajnikach, w ciałku żółtem i łożysku.

Piśmiennictwo:

1) Arch. néerl. Physiol. 1929. 14. ref. Ber. über d. ges. Physiol. 1930. 52, 9-10. Klin. Woch. 1927. 39. — 2) Klin. Woch. 1928. 7. 3) l. c. — 4) Kongress f. inn. Med. Wiesbaden 1911. Mon. f. G. u. G. 33.

A. LANDAU, J. GLASS i M. MARKSON Warszawa.

Studja kliniczne nad surowiczem zapaleniem opłucnej i jego etjologją.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Sprawa etjologji surowiczych wysięków opłucnych, zwłaszcza „samoistnych", pierwotnych stanowi ciągle jeszcze przedmiot badań klinicystów i bakterjologów. Zagadnienie to ujmowane jest bądź z punktu widzenia czysto klinicznego (że wymienimy tu z najważniejszych prace francuskie Landouzyego, Dieulafoya (1), Vaillarda, Kelscha (2), Baudissona, Ricochona (3), Breleta (4), Ameuillea (5), Lannea (3), dalej prace niemieckie Frobeniusa, Sittmana (3), Königera (18), Petruschky, Offrena (6). prace amerykańskie Heisego i Lawrence-Browna (3), prace polskie Dunina, Sokołowskiego (7), Tuza (8) — (już to bakterjologicznego bądź fizyko-chemicznego) prace Nettera, Gröbera, Aschoffa (9), Köstera (10), Schlossmana (12), polskie prace Karwackiego (13, 15), Stefka (14), Wilczyńskiego, Góreckiego (16)).

Mimo tak wielkiej ilości badań, sprawa etjologji „samoistnych", surowiczych wysięków opłucnych jest właściwie dotąd jeszcze nierozstrzygnięta definitywnie. Stosunek klinicystów do tej sprawy nie jest jeszcze ustalony w sposób jednolity. Klinika francuska od czasów Landouzy'ego i Dieulafoy stoi na stanowisku, że każdy wysięk w opłucnej *„qui ne fait pas sa preuve"*, a więc gdzie niema jasnej etjologji, jest pochodzenia gruźliczego: autorzy ci twierdzą, że 98% wysięków opłucnych „samoistnych" jest pochodzenia gruźliczego. W Niemczech, pogląd ten ostatnio coraz bardziej ugruntowuje się (Fraenkel (17), Königer (18), Aschoff (9), jednak wielu autorów niemieckich wysuwa tu szereg zastrzeżeń, ze względu na często zupełnie dobrotliwy i przemijający charakter tych wysięków, jak również ze względu na to, że tylko w pewnym odsetku tych przypadków wysięku rozwija się proces gruźliczy w płucach, tak że duża część tych chorych zostaje przez długie lata, a nieraz przez całe życie, zdrowa. Najpoważniejsze wreszcie zastrzeżenia wysuwane są ze względu na wyniki badań bakterjologicznych. To też naogół autorzy niemieccy zajmują tu stanowisko nie tak krańcowe, jak szkoła francuska i utrzymują, że jeżeli rzeczywiście gruźlica jest tu najczęstszą etjologją, to jednak nie jest ona przyczyną wyłączną „samoistnego" pierwotnego wysięku surowiczego opłucnej. (Bruns i Ewig (6), Silberschmidt (19) i t. d.).

W Polsce Dunin zajmował również stanowisko eklektyczne w tej sprawie, a Sokołowski (7), kategorycznie przeciwstawiając się poglądom szkoły francuskiej, pisał w roku 1905-m: „....aczkolwiek w znacznej stosunkowo odsetce przypadków można upatrywać w gruźlicy moment etjologiczny zapalenia gruźliczego opłucnej, to jednakże ani doświadczenie kliniczne, ani badania doświadczalne nie pozwalają odrzucać jeszcze innych etjologicznych momentów, mogących wywołać surowicze zapalenie opłucnej. Zapewne, że niektóre z tych nie są dziś jeszcze ściśle zbadane i określone (np. t. zw. zapalenia reumatyczne) i przyszłość dopiero prawdopodobnie istotę ich wykryje. O innych dziś już twierdzić z wszelką pewnością możemy (np. pneumokoki, staphylokoki), że, podobnie jak pasorzyty gruźlicze, wywołać mogą pierwotne zapalenie opłucnej i że nie posiadamy najmniejszych danych, aby, jak to do dziś dnia wielu autorów czyni, surowicze zapalenie opłucnej uważać niemal za synonim gruźlicy".

Powyższe zastrzeżenia szeregu klinicystów poparte są w dużej mierze wynikami badań bakterjologicznych, z których wynika, że drogą bezpośredniego poszukiwania prątków w wysięku opłucnym, drogą posiewów na specjalnych pożywkach gruźliczych, a nawet przy pomocy szczepień na świnkach morskich, metody stosunkowo najpewniejszej i dającej najlepsze wyniki, jedynie w części przypadków „samoistnych" wysięków opłucnych, a nie we wszystkich, udaje się stwierdzić ich bezsprzeczną etjologję gruźliczą. Tak np. Netter i Osler mieli tylko 30% dodatnich wyników szczepień. Gröber (10) — 36%, Huber (20) u dzieci tylko 27,6%, Koruns (21) na 123 przypadki miał tylko 33,7% dodatnich wyników, Schlossman (12) — 45,4%, a z najciekawszej statystyki Silberschmidta (19) z Kantonspital w Zurychu, zebranej za ostatnie 40 lat i opartej na 1043-ch przypadkach szczepionych wysięków opłucnych wynika, że jedynie mniej więcej w 50% przypadków stwierdzono drogą szczepień ich etjologję jawnie gruźliczą. Wreszcie Thue udało się w 63,3% przypadków, a Eichhorstowi w 65,2% — stwierdzić etjologję gruźliczą wysięków opłucnych (dane te jednak tyczą się wszystkich wysięków, a nietylko wysięków pierwotnych, „samoistnych"). Wyniki posiewów również nie są lepsze, tak że mniejwięcej w 40% przypadków tylko wskazują one etjologję gruźliczą wysięków (Schlossmann (12), Karwacki (13).

To też mimo niezliczonej liczby prac, poświęconych tej sprawie, ciągle jeszcze zagadnienie etjologji wysięków opłucnych, zwłaszcza pierwotnych, „samoistnych" zwanych dawniej *pleuritis e frigore* powraca na łamy pism lekarskich, ciągle jeszcze wysuwane są coraz to nowe dowody, uzasadniające ten lub inny pogląd i ciągle jeszcze lekarz-klinicysta, w przypadku surowiczego wysięku opłucnej, pomimo licznych badań pomocniczych, nie jest często w stanie z całą stanowczością orzec, czy dane zapalenie opłucnej „samoistne", „reumatyczne", „e frigore" jest pochodzenia gruźliczego, czy też nie.

Wydaje się nam, że jedynie drogą połączenia różnych metod badania: klinicznego, fizyczno-chemicznego i cytologicznego, oraz bakterjologicznego, i drogą późniejszej analizy w ten sposób opracowanego materjału, można będzie rzucić pewne światło na to zagadnienie. Prac tego rodzaju w piśmiennictwie jest bardzo mało. Z piśmiennictwa zagranicznego wymienić tu można jedynie obszerną monografję Besançona i Weilla (11), pracę staty-

styczną ze Szwajcarji Silberschmidta (19), pracę chińską Korusa (21), i prace niemieckie Hautemana (22) i Hubera (20). Prace te jednak są bądź niepełne, bądź oparte na materjale dziecięcym tylko (praca Hubera). W piśmiennictwie polskiem, o ile nam wiadomo poszukiwań tego rodzaju niema.

Celem pracy naszej jest zbadanie etjologji wysięków opłucnych surowiczych, zwłaszcza „samoistnych". Zależało nam tu zwłaszcza na stwierdzeniu, czy istnieją jakiekolwiek różnice czy to w przebiegu i obrazie klinicznym, typie gorączkowym, czy też we własnościach samego płynu wysiękowego, lub w obrazie hematologicznym, które pozwalają odróżnić wysięk opłucny „samoistny", pochodzenia niewątpliwie gruźliczego, od tego wysięku, w którym etjologji gruźliczej stwierdzić się nie daje.

Prócz tego w świetle nowszych badań przesączalności zarazka gruźliczego technika poszukiwania prątków w produktach gruźliczych, (zwłaszcza po zaszczepieniu ich świnkom morskim) uległa zmianie w ciągu ostatnich kilku lat. To też, uwzględniając te nowsze poglądy, staraliśmy się je wykorzystać do celów rozpoznawczych, tak jak to czyni we Francji szkoła Leona Bernarda (24) oraz poleca Paisseau, Valtis i Saenz (25) w odniesieniu do innych produktów gruźliczych. Staraliśmy się dociec, czy i w jakim stopniu przeniesienie tych poglądów na płaszczyznę etjologji wysięków opłucnych może się przyczynić do jej wyjaśnienia.

Sposób przeprowadzenia badań:[1]) W każdym z przypadków naszych zapalenia wysiękowego opłucnej wykonywane było zwykłe badanie kliniczne oraz badanie roentgenologiczne narządów klatki piersiowej (Dr. Werkenthin). Przy badaniu klinicznem i roentgenologicznem zwracano szczególną uwagę na miąższ płucny, a przy zbieraniu wywiadów — na obarczenie gruźlicze rodzinne i własne danego osobnika. W każdym przypadku poszukiwano prątków Kocha w plwocinie metodą zwykłą i homogenizacyjną, wykonywano odczyn Pirqueta, a nieraz również i podskórną próbę tuberkulinową; dalej w każdym z tych przypadków kilkakrotnie w odstępach mniej więcej 10-dniowych dokonywano badania morfologicznego krwi. U każdego chorego, wkrótce po przybyciu na oddział nakłuwano chorą opłucną; nakłucie to potem powtarzano w miarę potrzeby nieraz kilkakrotnie. W płynie opłucnym za każdym razem określano jego cechy zewnętrzne, ciężar właściwy, zawartość białka (refraktometrycznie i met. Essbacha), wykonywano odczyn Rivalty i Sochańskiego, w kilkunastu przypadkach określano prócz tego pH płynu met. kolorymetryczną i z reguły w każdym przypadku badanie cytologiczne odwirowanego wycieku. Nadto, za każdym razem wykonywano homogenizację wysięku za pomocą ługu, amonjaku i acetonu i w centryfugacie po zabarwieniu poszukiwano prątków Kocha.

Płyn wysiękowy, pochodzący z pierwszego, rzadziej z drugiego nakłucia, używano do posiewów i szczepień. Osad z płynu wysiękowego, otrzymany za pomocą odwirowania, wysiewano na pożywki zwykłe (agar skośny, buljon zwykły, buljon cukrowy, płytkę z krwią). Posiewów, na pożywkach gruźliczych w naszych warunkach szpitalnych niestety nie można było dokonać.

Każdy wysięk (z wyjątkiem 2-ch) szczepiono z reguły 2-m lub 3-m świnkom morskim. Łącznie zużyto 87 świnek morskich. Świnki były młode, nieużywane, zdrowe, wagi od 300 do 400-u g: w przeważającej liczbie świnki sprawdzano uprzednio za pomocą śródskórnego odczynu tuberkulinowego, który tu wypadał stale ujemnie. Do szczepienia nie używano nigdy mniej niż 6 do 8-u cm^3 wysięku na 100 g świnki, a często i więcej (od 10-u do 12-u g), czyli od 20-u do 50-u cm^3 wysięku na jedną świnkę. Celem zapobieżenia przedwczesnej śmierci świnek wskutek zatrucia białkowego przy wprowadzaniu tak dużej ilości wysięku, posługiwaliśmy się metodą centryfugowania jałowego wysięku, poleconą przez Ramonda i Lafforguea (26), a później gorąco polecaną przez Schlossmana (12). Postępowaliśmy mianowicie w ten sposób, że wysięk pobrany jałowo z dodatkiem jałowego 8%-go cytrynianu sodowego, zostawał odwirowany jałowo przez długi czas na silnych obrotach, płyn odlewany, a osad otrzymany w ilości 2—3-ch ccm, po rozcieńczeniu taką ilością jałowego fizjologicznego roztworu soli kuchennej, zastrzykiwano śwince morskiej podskórnie w okolicę pachwinową. W ten sposób szczepiono każdym wysiękiem 2 lub 3 świnki morskie. Początkowo stosowaliśmy również metodę homogenizowania wysięku za pomocą 4%-go ługu sodowego, jednak później ze względu na stałą jałowość wysięków (brak drobnoustrojów banalnych) oraz ze względu na to, że świnki szczepione w ten sposób, mimo starannego przemywania płynu szczepionego, dostawały ubytków martwiczych w miejscu zastrzyknięcia, metodę tę zarzuciliśmy. W 4-ch przypadkach wysięki szczepiono bezpośrednio metodą Widala i Ravauta. Ze względu na to, że w miarę trwania wysięku zmniejsza się w nim ilość prątków gruźliczych, wskutek własności bakterjolitycznych płynu wysiękowego, szczepienia wykonywane były jaknajwcześniej, możliwie w pierwszym tygodniu pobytu chorego na oddziale, w połowie przypadków był to mniej więcej okres pierwszych 4-ch tygodni choroby, w $^1/_4$ przypadków — okres pierwszych 6-u tygodni, w $^1/_4$ wreszcie przypadków szczepienia przypadały na okres 6-u do 12-u tygodni od początku choroby.

W celu rozpoznania zakażenia gruźliczego, świnki szczepione kontrolowano co kilka dni, zwracając uwagę na ich stan ogólny, a przedewszystkiem na gruczoły pachwinowe; z chwilą ich obrzmienia, wykonywano natychmiast nakłucie gruczołu i z aspirowanej treści robiono rozmazy, w których po zabarwieniu szukano prątków. W części przypadków wykonywano prócz tego śródskórne odczyny tuberkulinowe we wzrastających stężeniach (od 1/100 do 1/10). Gdy świnka padała, wykonywano z reguły autopsję, poszukując nietylko klasycznej gruźlicy, ale w świetle nowszych badań zarazka przesączalnego gruźlicy zwracano baczną uwagę na cały układ gruczołów chłonnych. W każdym z przypadków, gdzie stwierdzano bądź obraz gruźlicy klasycznej, bądź też obrzmienie poszczególnych gruczołów chłonnych, wykonywano po kilka rozmazów z narządów podejrzanych i poszukiwano w nich po zabarwieniu cierpliwie (do 1-ej godziny preparat) prątków kwasoodpornych. Gdy świnki nie padały, usypiano je dopiero po upływie 3-ch, 4-ch miesięcy, żeby się ustrzec od błędów, wynikających z istnienia t. zw. gruźlicy późnej u świnek zakażonych. Świnki zabite podlegały również autopsji, a w otrzymanych od nich rozmazach poszukiwano prątków kwasoodpornych.

W 13-u przypadkach wysięków opłucnych wykonano szczepienie wysięku odwirowanego białym myszom, a to celem ustalenia ewentualnej etjologji pneumokokowej wysięków (zastrzykiwano 1—2 ccm centryfugatu w skórę grzbietu).

Materjał nasz **obejmuje** 40 przypadków surowiczego zapalenia opłucnej, które zbadane zostały w sposób wyżej opisany. Przypadki te podzielimy na 2 grupy: 1) wysięki wtórne i 2) wysięki pierwotne czyli „samoistne". Zdajemy sobie dobrze sprawę z tego, iż podział powyższy jest sztuczny, bo jak zobaczymy niżej, większość wysięków opłucnej „samoistnych" jest pochodzenia jawnie gruźliczego. Podział ten ma znaczenie wyłącznie utylitarne i tylko w tym celu, a nie w sensie patogenetycznym, korzystać z niego będziemy. Przez wysięk opłucnej wtórny rozumiemy taki, który powstaje w przebiegu schorzenia pozaopłucnego ściśle określonego i który z nim klinicznie jest jawnie związany. Wysiękiem pierwotnym jest taki, który powstaje pozornie samoistnie, bez jawnych objawów klinicznych ze strony innych narządów i który pozornie nie posiada żadnego związku z innem schorzeniem. W tem tylko znaczeniu określeń tych używać będziemy. Wysięków wtórnych wśród materjału naszego mieliśmy 12, wysięków pierwotnych — 28. Grupy te omówimy tu oddzielnie.

Wtórne wysiękowe surowicze zapalenie opłucnej.

Przypadków tych mieliśmy 12; omówimy je pokrótce.

W 4-ch przypadkach wysięk surowiczy opłucnej zjawił się w przebiegu *tbc. declarata* lub *incipiens fibro-caseosa pulmonum.* O gruźlicy płuc poza objawami klinicznemi i roentgenologicznemi świadczyła dobitnie obecność prątków Kocha w plwocinie. Wysięki opłucnej w 3-ch z tych przypadków były surowicze, w jednym zaś, w czasie pobytu chorego na oddziale, wysięk surowiczy przeistoczył się w ropny. Posiewy na pożywkach zwykłych wykazały jałowość tych płynów. Szczepienia na świnkach morskich w 3-ch przypadkach wypadły dodatnio, dając klasyczny obraz gruźlicy u świnek morskich; jednakże w jednym z tych przypadków (Nr. 5), mimo jawnego podłoża gruźliczego wysięku, szczepienia pozostały ujemne.

Piąty z tych przypadków wtórnego wysięku opłucnego (Nr. 23) był również etjologji gruźliczej, a mianowicie mieliśmy tam do czynienia z wysiękiem w przebiegu t. zw. *poliserositis, pleuropericarditis serosa;* chora w wieku lat 60-u zmarła na *tbc. miliaris,* która była przeważnie umiejscowiona w płucach, co zostało potwierdzone autopsyjnie. Prątków w plwocinie, jak to bywa zwykle w przebiegu gruźlicy prosówkowej wykryć się nie udało, a posiewy i szczepienia na świnkach morskich pozostały ujemne, mimo niewątpliwej etjologji gruźliczej wysięku.

---

[1]) Panu Kierownikowi Państw. Zakł. Higjeny Prof. Dr. L. Hirszfeldowi, za zezwolenie wykonania w Zakładzie niektórych badań bakterjologicznych oraz za łaskawe udzielenie nam pożywek, składamy serdeczne podziękowanie.

Następny przypadek (Nr. 21) dotyczy chorego lat 25-u z rozpoznaniem: *Poliserositis. Pericarditis exsudativa circumscripta partim adhaesiva ad ostium v. cavae superioris. Pleuritis exsudativa duplex. Glossitis tbc.* Wysięk w obu opłucnych o charakterze zapalnym (C. wł. 1018—1020, odczyn Rivalty i Sochańskiego dodatni, białka 4,0—4,1%, w osadzie odwirowanym wyłącznie limfocyty). Posiew płynu na pożywkach zwykłych pozostał jałowy, wyniki szczepienia na świnkach morskich były ujemne. Mimo to ze względu na zmiany na języku o charakterze *glossitis tbc.* oraz ze względu na wybitnie dodatni natychmiastowy i intensywny podskórny odczyn tuberkulinowy — w przypadku tym podejrzewać należało również etjologję gruźlicza wysięku.

W tych 6-u przypadkach[2]) wtórnych wysięków (a więc w połowie ogólnej liczby wtórnych wysięków opłucnych) etjologja gruźlicza była pewna lub wielce prawdopodobna. Pozostałe 6 przypadków są odmienne. Jeden z nich dotyczy chorego Nr. 32 lat 35-u z rozpoznaniem klinicznem: *Sepsis cryptogenes. Endocarditis verr. ad v. mitral. Spleno-hepatomegalia.* W przebiegu choroby zjawił się między innemi wysięk opłucnej, ograniczony jedynie do lewego kąta przeponowo-żebrowego o charakterze surowiczym (c. wł. 1019, białka refr. 5,0%, odczyn Rivalty wybitnie dodatni, cytologja płynu: 57% neutrofilów, 10% limfocytów, 7% monocytów i 16% komórek śródbłonkowych, prócz tego liczne czerwone krwinki). Szczepienia wykonane na 2-ch świnkach morskich spowodowały po upływie kilku dni wytworzenie się ropni otorbionych; po upływie 2-ch tygodni świnki padły, a na autopsji stwierdzono jedynie ropnie otorbione w miejscu zastrzyknięcia, z których rozmazy wykazały nieobecność prątków kwasoodpornych, natomiast liczną florę bakteryjną gramo-dodatnią (ziarnkowce i łańcuszkowce). Posiewy ze krwi chorego i z płynu wysiękowego wykazały obecność paciorkowca niehemolizującego. W przypadku tym więc wysięk opłucnej związany był z ogólnem zakażeniem paciorkowcowem.

Następny przypadek dotyczy chorego lat 34-ch (Nr. 4), u którego wysięk opłucnej zjawił się bezpośrednio po tydzień trwającej grypie (był to okres epidemji grypowej). Wysięk opłucnej był tu niewielki i sięgał z tyłu do 9-go ż., z przodu do 5-go międzyżebrza. Badanie kliniczne i roentgenologiczne nie wykazało żadnych zmian ze strony miąższu płucnego, odczyn Pirqueta wypadł ujemnie, posiewy na pożywkach zwykłych i szczepienia na świnkach morskich pozostały ujemne. Czy był to napewno wysięk pochodzenia grypowego, tak jak to opisywali we Francji w czasie epidemji grypowej Bucquoy, Tessier, Rathery (27), a w Ameryce Moskowicz (28) i Wilemsky (23) — trudno z całą stanowczością orzec: ujemny wynik szczepienia bynajmniej nie usuwa wątpliwości, co do utajonego podłoża gruźliczego.

Następne 2 przypadki dotyczą wysięku opłucnej w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia wsierdzia. W jednym z nich płyn wysiękowy w opłucnej miał charakter płynu przejściowego (c. wł. 1014, białka 3,1%, odczyn Rivalty wypadł sł. dodatnio, w osadzie 40% limfocytów, 28% neutrofilów, 32% śródbłonków), w drugim zaś płyn w opłucnej był wybitnie zapalny (c. wł. 1025, białka 5,0%, odczyny Rivalty i Sochańskiego wybitnie dodatnie, w osadzie 80% limfocytów i 20% neutrofitów). Posiewy na pożywkach zwykłych wypadły jałowo, a świnki morskie, szczepione temi wysiękami, uśpione po 4-ch miesiącach, nie wykazywały na autopsji żadnych zmian gruźliczych ani innych. Były to więc zapewne t. zw. wysięki jałowe pochodzenia sercowego, mechanicznego.

Ostatnie dwa przypadki naszych wtórnych wysięków opłucnych są to przypadki umiejscowienia wielosurowiczego sprawy chorobowej *(poliserositis).*

Jeden z nich dotyczy chorego lat 37-u z rozpoznaniem klinicznem: *Myocarditis chronica rheumatica c. arrythmia completa. Pleuritis et pleuropericarditis dextra fibrosa c. accretione cordis dextri. Pleuritis exsudativa sero-fibrinosa sinistra.* Wysięk opłucnej miał tu charakter zapalny (c. wł. 1018, białka 4,5%, odczyny Rivalty i Sochańskiego wybitnie dodatnie, w osadzie 100% limfocytów). Posiewy na pożywkach zwykłych pozostały jałowe, szczepienia na świnkach dały wyniki ujemne. Jeśli wziąć pod uwagę istnienie w wywiadach ostrego gośćca stawowego, uszkodzenie mięśnia sercowego typu gośćcowego i ujemny wynik szczepień, przypadek ten ująć należy jako zakażenie gośćcowe o umiejscowieniu wielosurowiczem, początkowo stawowem, potem opłucnem, osierdziowem z następowem uszkodzeniem mięśnia sercowego i zajęciem i drugiej opłucnej. Na przypadki tego rodzaju umiejscowienia wielosurowiczego zakażenia gośćcowego zwracają ostatnio uwagę Besançon, Weissman-Netter, i Mlle. Scherrer (29). Są one identyczne z przypadkiem powyższym.

Drugi przypadek Nr. 38 jest wielce podobny. Dotyczy on chorego lat 60-u z rozpoznaniem klinicznem: *Pleuropericarditis adhaesiva sinistra. Cor bovinum c. insuff. relativa v. mitralis. Pleuritis sero-fibrinosa dextra.* Płyn w opłucnej od początku zapalny (c. wł. 1016—1022, białka od 3,1% do 5,06%, odczyny Rivalty dodatnie, w osadzie wybitna limfocytoza powyżej 90% limfocytów). Posiewy na pożywkach zwykłych wypadły ujemnie. Wyniki szczepień na świnkach morskich również ujemne. Mieliśmy w przypadku tym więc podobnie jak i w poprzednim do czynienia ze sprawą wielosurowiczą, która umiejscowiona początkowo na lewej opłucnej, zajęła stopniowo osierdzie, usadawiając się następnie na prawej opłucnej, powodując jej wysiękowe surowiczo-włóknikowe zapalenie. Przypadek ten nastręczał wielkie trudności rozpoznawcze i pozostał właściwie niewyjaśniony. Był to albo przypadek *poliserositis tbc.*, gdzie wskutek małej zjadliwości zarazka gruźliczego i długiego (przeszło rok) trwania wysięku, nastąpiło wyjałowienie płynu opłucnego, co uniemożliwiło stwierdzenie jego etjologji gruźliczej. Albo też był to przypadek wielosurowiczego umiejscowienia zakażenia gośćcowego, podobny do poprzedniego, gdzie jednak zajęcie błon surowiczych poprzedzało umiejscowienie stawowe.

Przypadki tego rodzaju opisują autorzy niemieccy Rolly (30) i Bruns i Ewig (6), jak również i autorzy francuscy Besançon, Weissman-Netter i Mlle. Scherrer (29) pod nazwą *„maladie rhumatismale à longue précession pleurale, puis d'localisations polysérenses"*. Przypadek ten świadczy jak trudne jest nieraz ustalenie etjologji nawet w przypadkach wtórnych wysięków opłucnych.

Tak więc z 12-u naszych przypadków wtórnego surowiczego wysięku opłucnego jedynie w połowie przypadków czynnikiem etjologicznym była gruźlica. W pozostałych zaś przypadkach wchodziły w grę inne czynniki etjologiczne, jak zakażenie gośćcowe, grypowe, paciorkowcowe, bądź też wreszcie były to wysięki w których powstawaniu brał udział również czynnik mechaniczny, sercowy. W tej grupie przypadków, mimo najdokładniejszego badania klinicznego, roentgenologicznego i bakterjologicznego rozpoznanie etjologiczne nieraz nastręcza wielkie trudności i wtedy dopiero drogą dokładnej analizy poszczególnych danych można tylko z pewnem prawdopodobieństwem ustalić etjologję wysięku.

Pierwotne wysiękowe surowicze zapalenie opłucnej.

Przypadków tych spostrzegaliśmy 28, z tego w 26-u przypadkach wykonano posiewy i szczepienia.

Wyniki szczepień wysięku „samoistnego" świnkom morskim: wykazały w 54% przypadków ich etjologję gruźliczą. Mianowicie z 26-u szczepionych pierwotnych wysięków opłucnych w 14-u przypadkach szczepienia na świnkach morskich wypadły dodatnio, dając klasyczny obraz typowej gruźlicy u świnek morskich. W 12-u przypadkach, czyli w 46% przypadków, szczepienia wypadły ujemnie. Tak więc w przeszło połowie „samoistnych" pierwotnych surowiczych wysiękowych zapaleń opłucnej drogą szczepień na świnkach morskich stwierdziliśmy ich bezsprzeczną etjologję gruźliczą.

Bezpośrednie poszukiwanie prątków Kocha w wysięku wykonywaliśmy metodą homogenizacyjną, w sposób wyżej podany, we wszystkich 28-u przypadkach pierwotnych wysięków opłucnowych. Wśród całego tego materjału jedynie w 3-ch przypadkach udało się nam wykryć typowe prątki kwasoodporne w skrzepie

[2]) Podkreślić tu należy rzadkość występowania wysięku opłucnego w przebiegu jawnej gruźlicy płuc. Przypadków tych widzieliśmy ledwie 4 na 40 naszych wysięków opłucnych — stanowi to więc 10% ogólnej liczby naszych przypadków. Besançon i Weill (11) odsetek ten określają jeszcze niżej, na 3% ogólnej liczby wysięków.

[3]) Wyniki bezpośredniego poszukiwania prątków w wysięku opłucnym otrzymane przez różnych autorów są następujące: Ehrlich stwierdził prątki w 15,6% wysięków surowiczych, Fernet w 15%, Schlossman w 14,5%, Gerhardt w 7,7%, Jakowski w 3,8%, Thue w 3,6%, Prudden w 2,4%, wreszcie Netter, zestawiając badania 17 autorów (Weichselbauma, Talamona, Jakowskiego, Gravitza i t. d.), oparte łącznie na 415 przypadkach wysięku opłucnego, podaje, że jedynie w 9-u przypadkach udało im się znaleźć prątki kwasoodporne w płynie opłucnej, a więc w 2% przypadków tylko.

homogenizowanym, przyczem wszystkie te 3 wysięki szczepione świnkom morskim dały u nich typowy obraz gruźlicy. Tak więc metodą bezpośredniego poszukiwania prątków jedynie w 11% przypadków naszych wykryto prątki kwasoodporne w wysięku[3]; co świadczy o tem, że metoda ta daje 5-krotnie gorsze wyniki, aniżeli metoda szczepienia wysięku świnkom morskim.

Posiewy na pożywkach zwykłych (agar skośny, bulion, bulion cukrowy, płytka z krwią), wykonano w 26-u przypadkach wysięków pierwotnych opłucnej. Z wyjątkiem jedynego przypadku, gdzie wyrósł biały gronkowiec, posiewy pozostały stale jałowe.

Szczepienia wysięku opłucnego myszom białym, celem stwierdzenia obecności pneumokoków w płynie opłucnym, wykonaliśmy w 13-u przypadkach wysięku, z tego w 10-u przypadkach wysięku pierwotnego. Wszystkie myszy szczepione żyły długo, co świadczyło o tem, że wysięki te nie zawierały pneumokoków.

Jeśli wziąć pod uwagę stale ujemne wyniki posiewów na pożywkach zwykłych oraz ujemne wyniki szczepień na białych myszach, przyjąć należy, że wśród materjału naszego pneumokoki oraz drobnoustroje banalne w etjologji wysięków nie odgrywały większej roli. Jeżeli więc Netter podaje, że w 10% przypadków drogą posiewów udaje się stwierdzić obecność gronkowców i pneumokoków, to tyczy się to jednak przedewszystkiem wysięków opłucnych wtórnych, a nie wysięków pierwotnych.

Dok. nast.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Prof. Dr. Władysław SZUMOWSKI. Kraków.

Wahania we współczesnej medycynie.

Jak całe życie nasze, tak i medycyna dzisiejsza rozwija się pod znakiem techniki. Olbrzymie postępy na tem polu sprawiają, że raz po raz powstają w medycynie nowe metody, które niebawem stają się nowemi działami diagnostyki czy terapji, jak curieterapja, a nawet nowemi naukami, jak roentgenologja. Mnóstwo nowych metod diagnostycznych i leczniczych, — że dla przykładu wymienię tylko laparoskopję, sondowanie dwunastnicy, endokrinologję, witaminologję, leczenie insuliną, leczenie chorób pokiłowych szczepieniem zimnicy, *punctio lumbalis, punctio occipitalis* i t. d. — wszystko to podnosi wciąż coraz wyżej praktyczną sprawność medycyny. Pozostajemy pod ogólnem wrażeniem, że postęp medycyny jest tak pewny i niewątpliwy, iż wątpić o nim nawet nikomu do głowy przyjść nie może i że postęp ten idzie wciąż coraz dalej w jednym kierunku, mianowicie, w kierunku dalszych udoskonaleń technicznych.

Jeśli w tych warunkach czyta się dzisiaj hasła, wypisywane w dziełach, broszurach i ulotkach, zwłaszcza niemieckich „zurück zu Hippokrates" albo „zurück zu Paracelsus" i to nawet pod nazwiskiem przedstawicieli medycyny uniwersyteckiej, to musi przyjść zastanowienie i nasunąć się pytanie: jeśli tamto wszystko jest prawdą, to co znaczą te hasła? Jeśli czytamy dalej w czasopismach i dziełach o „przesileniu" we współczesnej medycynie, jeśli spotykamy w literaturze nawet grube dzieła zatytułowane wprost „Die Krise der Medizin", to pytanie, co to wszystko znaczy, zaczyna być palącem i domaga się jak najrychlejszej odpowiedzi.

Rzecz cała ściśle się łączy z ogólnym rozwojem medycyny i tylko na jego tle można zrozumieć czynniki tej rozbieżności przekonań i uchwycić istotę sporu, wzgl. istotę sporów, bo tematów spornych jest kilka. Omówimy tutaj tylko medycynę niemiecką, w której sporne tematy występują najdobitniej.

Walka datuje się mniej więcej od roku 1906, kiedy Schweninger, lekarz nadworny Bismarka, wystąpił z dziełem p. t. „Der Arzt", w którem pisał, że medycyna wcale nie jest nauką, lecz jedynie sztuką, i że nie poznanie naukowe wprowadzi do leczenia chorego, lecz jedynie intuicja. Kierunek Schweringera znalazł w Niemczech wielu zwolenników. Najwybitniejszym z nich jest współczesny internista i historyk medycyny w jednej osobie Georg Honigmann, autor (między innemi) dzieła p. t. „Das Wesen der Heilkunde". Spór ten poddałem krytycznemu rozbiorowi na innem miejscu w artykule „Medycyna jako nauka i jako sztuka" (1927), w którym starałem się udowodnić, że Szweninger, Honigmann i ich uczniowie, choć mają trochę słuszności, całą rzecz mocno przesadzili. Wykazywałem, że medycyna jest nauką i sztuką równocześnie i że o intuicji w medycynie wtedy tylko możemy mówić, jeżeli intuicją nazwiemy skrócone rozumowanie, nader często w praktyce występujące, że to nie jest jednak właściwa intuicja.

Z poglądem Schweningera i jego zwolenników jest w związku nowsze hasło, rzucone jako ferment do literatury niemieckiej, hasło „zurück zu Hippokrates". Honigmann, Much, Aschner i in. sądzą, że właśnie u Hippokratesa medycyna nie jest nauką, lecz tylko sztuką i że przez studjowanie pism Hippokratesa i powrót do jego zasad medycyna może bardzo wiele zyskać.

Jednakże i z tem hasłem nie mogłem się nigdy w całości zgodzić. Jakkolwiek jestem wielkim zwolennikiem studjowania pism Hippokratesa, to jednak korzyści stąd płynące widzę w czem innem. Nieprawdą jest, żeby medycyna u Hippokratesa była całkowicie tylko sztuką. W moim wykładzie medycyny starożytnej (1930) przedstawiłem, że medycyna Hippokratesa jest oparta indukcyjnie na wielkim materjale, że wymaga od lekarza ścisłej obserwacji chorego, podkreśla znaczenie historji choroby i jest w całości bardzo systematyczna. Tym sposobem u Hippokratesa mamy już niewątpliwie zawiązki nauki, jakkolwiek ta młoda nauka, zresztą oczywiście, nie jest jeszcze wolna od spekulacji, ani też nie jest poparta eksperymentem. Medycyna u Hippokratesa przedewszystkiem jest sztuką, sztuką empiryczną, ale zaczyna już być i nauką.

Słowem, jeśli oba te zagadnienia, czy medycyna jest nauką czy sztuką i jak jest u Hippokratesa, zanalizować nieco ściślej bez frazeologji, używanej w takich razach w nadmiarze, to niewątpliwie okaże się, że hasło „zurück zu Hippokrates" mieści w sobie za dużo przesady.

W ostatnich latach rozchwytywane są w literaturze niemieckiej prace Lieka i Augusta Biera. Liek w dziele swojem „Der Arzt und seine Sendung", wydawanem już co najmniej 6 razy i tłumaczonem na obce języki, dał nam najlepszy, jaki się ukazał w XX wieku, wgląd w sumienie medycyny. Liek w swoich poglądach stoi blisko Schweningera i Honigmanna, ale jego wiecej interesują inne zagadnienia, potrosze pokrewne, ale zabarwione nieco oceną moralną. Liek pokpiwa sobie z hipernaukowości współczesnej medycyny i sądzi, że ta hipernaukowość wystudza serce i paczy właściwe posłannictwo lekarza. Hipernaukowość uprawiają ci, którym Liek daje miano „Mediziner". Umieją oni wykonać sto badań technicznych, umieją operować, ale nie umieją leczyć. Połowa operacyj, jakie robi dzisiejsza chirurgja, robi się niepotrzebnie. Leczyć chorego potrafi natomiast dopiero „der Arzt", prawdziwy lekarz, który przedewszystkiem i jedynie chce choremu pomóc.

Liek rzucił zdrowy ferment, zdrowe ziarna na niwę moralności zawodowej, przedewszystkiem niemieckiej, którą zna najlepiej. Ale poglądy jego na medycynę jako naukę utrzymać się nie dadzą, gdyż są mocno przesadzone i nawet szkodliwe, co mu wykazała osobna literatura, zwana „Anti-Liek". Schwalbe przyrównał nawet sławę Lieka do sławy — Herostrata.

Z innej strony uderzył w zasady współczesnej medycyny jako nauki August Bier, znany chirurg niemiecki, a na stare lata także filozof, który okazał wielkie zainteresowanie dla zagadnień historycznych i filozoficznych w medycynie. Pierwszem uderzeniem, jakie Bier wymierzył medycynie współczesnej, był jego sławny artykuł „Wie sollen wir uns zur Homöopathie stellen" (1925), w którym dowodził, że homeopatja nie jest pozbawiona w pewnej mierze słuszności. Był to krok bardzo niezręczny, gdyż wyzyskali go dla swoich celów oczywiście przedewszystkiem homeopaci, którym jest wygodnie ze sztandarem homeopatji i którzy zawsze ze szczególnem upodobaniem napadali i napadają na medycynę uniwersytecką. Gdyby był Bier ogłosił te same obserwacje, jakie podaje, ze stosowaniem siarki w czyraczności, jodu w nieżycie nosa i t. d., tylko bez homeopatji w nagłówku, byłoby wszystko w porządku. Wiadomo bowiem, jeśli się rzecz bierze spokojnie i bez zacietrzewienia, że medycyna nie jest ani homeopatyczna ani allopatyczna, albo raz homeopatyczna, raz allopatyczna, a najczęściej wogóle nic z tego stanowiska nie można o leczeniu powiedzieć.

Powaga Biera sprawiła, że w Berlinie utworzono niebawem nawet katedrę homeopatji, zrobiono krok, który — mojem zdaniem — należy uznać co najmniej za niewłaściwy. Katedra homeopatji wygląda tak samo, jak np. w dziedzinie malarstwa wyglądałaby katedra impresjonizmu, kubizmu lub futuryzmu zamiast katedry historji sztuki, albo w dziedzinie filozofji katedra pragmatyzmu, idealizmu lub solipsyzmu zamiast katedry historji filozofji. Takiem samem prawem mogłyby powstać obok katedry homeopatji katedry mesmeryzmu, izopatji, heljopatji, kręgarstwa, mazdaznanizmu, coueizmu i tylu innych niedorzeczności, jakie wyrastają w medycynie na tle nieznajomości dziejowego rozwoju medycyny i zupełnego braku wyszkolenia filozoficznego.

Bier wkrótce po swoim artykule, który wywołał gorącą polemikę, wystąpił po raz drugi, tym razem z obszerną pracą p. t.: „Gedanken eines Arztes über die Medizin" (1926 i później). O tej pracy pisałem na innem miejscu (P. G. L. 1927, Nr. 43) i nie będę tutaj tego samego powtarzał. Jest ona niesłychanie rozwlekła, nieścisła w wywodach, zdradza na każdym kroku, że autor zapóźno się zabrał do studjowania historji i filozofji medycyny, jest też błędna w konkluzji, którą jest błędne, omówione już wyżej przeze mnie hasło „zurück zu Hippokrates".

Oba wystąpienia Biera nie przyniosły zresztą medycynie żadnej szkody. Wychodzi ona z tej walki obronną ręką, jak to pięknie przedstawił rok temu Goldscheider w doskonale ujętym artykule „Ueber Gegenwartsströmungen in der Heilkunde" (D. med. Woch. 1929 Nr. 9/10). Te wahania nawet mają swoją dobrą stronę, gdyż chronią medycynę od pewnego dogmatyzmu, jaki potrosze tu i ówdzie się zaznacza.

Wahania w literaturze niemieckiej trwają dalej. Niektórzy to uważają za przesilenie. Największem odchyleniem od powszechnie przyjętej linji rozwoju medycyny jest wielkie dzieło Aschnera, docenta ginekologji w Wiedniu, p. t. „Die Krise der Medizin" (1928, str. 562). Autor ten w niebywały dotąd sposób podał charakterystykę medycyny, wykładanej dzisiaj we wszystkich szkołach lekarskich na kuli ziemskiej.

Gdym to dzieło przeczytał, — muszę tu parę słów powiedzieć o sobie, gdyż one odrazu malują charakter dzieła, — przez kilka dni poprostu nie mogłem go strawić, a tem bardziej zasymilować. Bo przecież i ja na tym samym systemie medycyny byłem kształcony. Pewne rzeczy nauczyłem się uważać za słuszne, inne za przesądy. A tu Aschner właśnie z niezwykłą siłą dowodzenia broni wielu dawnych przesądów, twierdząc, że te metody, uważane dziś za przesądy były słuszne, słuszniejsze może nawet, niż wiele dzisiejszych metod.

Nie potrzebuję się chwalić, że jestem od wielu lat wielkim miłośnikiem historji medycyny, ale muszę powiedzieć, że ze wszystkich wartości, jakie dotąd widziałem w tej nauce, ta wartość, t. j. wartość bezpośrednio praktyczna dawnych metod leczniczych stała u mnie na dalszym planie. Czego w dawnej medycynie nie zachwalano! Wszystko, co wpadało pod rękę. A przytem opisy są nieścisłe, bez cyfr i zawsze mocno podmiotowe. Dlatego jest tak trudno powiedzieć coś pewnego o wartości dawnych metod leczniczych. Żem dawne metody lecznicze trochę lekceważył, winny są może te kliniki, w których pracowałem, a może też jest winna i ta mała specjalność praktyczna, której się nieco oddaję, a która zbyt wyraźnie wyrasta dopiero w XIX wieku. Studjum historji medycyny nie zmieniło zasadniczo moich poglądów jako lekarza praktyka. Byłem i jestem wielkim zwolennikiem ścisłych metod klinicznych i uważam klinikę za ostatnią instancję w sprawach wyboru metod leczniczych.

Wprawdzie nie wątpiłem nigdy, że i dawnemi metodami leczniczemi dawni lekarze osiągali jakieś wyniki, ale sądziłem i sądzę do tej pory, że dzisiejsza medycyna w całości wzięta okazuje większą sprawność, aniżeli dawna. Stosowania dawnych metod w dzisiejszych klinikach nigdy nie widziałem. Dopiero Aschner jest pierwszym lekarzem-praktykiem i klinicystą, który na dzisiejszym już materjale szpitalnym i prywatnym wykazuje śmiało i bez żadnego wahania, że dawne metody można, a nawet należy i dzisiaj stosować i że kliniki niebawem będą musiały i dawnych metod uczyć. Aschner jest autorem już dość dawno w literaturze znanym, autorem blisko 100 prac naukowych, w tej liczbie kilku dzieł, mającym z górą 20-letnią praktykę lekarską, największą w ginekologji, ale także i w innych działach, słowa więc jego nie mogą uchodzić za wyssane z palca, ani wystudjowane wyłącznie z książki, zwłaszcza że Aschner jest tylko wyrazicielem poglądów bardzo dziś w Niemczech rozpowszechnionych.

Dzieło Aschnera przeczytałem więcej, niż raz. Dało mi ono niezwykle dużo do myślenia. Aschner zaszczepił nowy ferment. Powiedziałem — ferment, ale może to jad? Ja za chwilę przeszczepię ten jad...., może ferment w umysły Szanownych moich czytelników. Jeśli to jest jad, niech kliniki nas potem z zatrucia uleczą, jeśli to jest ferment, także kliniki będą musiały wypróbować ten chleb, jaki na tym fermencie wyrośnie.

Po tym wstępie do sprawozdania o nowych hasłach, który sam mi się nasunął, ponieważ referuję szczerze to, co myślę, przechodzę do poglądów Aschnera. We wszystkich szkołach lekarskich na kuli ziemskiej — powiada Aschner — wykłada się obecnie od kilkudziesięciu lat jedną i tę samą medycynę, wywodzącą się od Bichata, Virchowa, Pasteura i Kocha. Jest ona anatomiczno-lokalizacyjna, narządowo-specjalistyczna i bakterjologiczna. Terapja dzisiejsza jest oparta na tych właśnie zasadach. Ten system medycyny — jak się autor wyraża — sprawił, że bardzo liczne metody terapetyczne, uświęcone wielowiekową empirją, zostały zarzucone, ponieważ nie znalazły uzasadnienia w ramach nowej teorji. Wielu dawnych metod przestano poprostu uczyć. Autor, studjując w Wiedniu w latach 1901—1907, nie widział nigdy pryszczydła ani upustu krwi. A jednak autor się przekonał, że dawne metody, które opierały się na patologji humoralnej i które uwzględniały zawsze konstytucję chorego, były nieraz lepsze, niż nasze zabiegi terapeutyczne lokalizacyjno-narządowe a nieraz wyczekująco-nihilistyczne.

Autor wysuwa wielkie znaczenie terapji konstytucyjnej. Mówiąc o przesileniu we współczesnej medycynie i nazywając swoje dzieło „Die Krise der Medizin", autor równocześnie podkreśla, że widzi wyjście w terapji konstytucyjnej i dodaje swemu dziełu podtytuł: „Konstitutionstherapie als Ausweg". Autor twierdzi, że w ciągu ostatnich 70 lat, t. j. w okresie panowania nauki Virchowa terapja konstytucyjna nie była wcale stosowana. Dopiero w ostatnich czasach, gdy wznowiono naukę o konstytucji, można znowu mówić o terapji konstytucyjnej. Ale narazie — zdaniem Aschnera — nasza wiedza o konstytucji jest jedynie teoretyczno-diagnostyczna. Praktycznie nie została dotąd należycie wyzyskana.

Aschnerowi najbardziej przemawia do przekonania podział konstytucji, podany przez H. Mucha, który mówi o trojakiej konstytucji: przez konstytucję pierwszego stopnia Much rozumie to, co jest odziedziczone, genotyp Tandlera; przez konstytucję drugiego stopnia — całe przez długotrwałe warunki życiowe zmienione podłoże dziedziczne: wreszcie, przez konstytucję trzeciego stopnia, — stan ogólny, zmieniony przez krótkotrwałe wpływy. Konstytucję trzeciego stopnia Tandler i Bauer nazywają „kondycją" i sądzą, że tylko ona jest terapeutycznie dosięgalna. Ale to jest nieprawda. Okazało się, — zdaniem Aschnera — że można skutecznie wpływać również na konstytucję drugiego, a nawet może i pierwszego stopnia. Dlatego wszelkie usiłowania, zmierzające w tym kierunku, są niezmiernie ważne i tutaj kopalnią różnych wiadomości jest dawna medycyna.

Żeby wpływać na konstytucję któregokolwiek stopnia, należy brać człowieka jako całość, jako jednostkę, wbrew sławnemu powiedzeniu Virchowa, że „niema żadnych chorób ogólnych, lecz tylko choroby narządów i komórek". Dziś wiemy, że choroby przemiany materji, choroby gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, choroby krwi są chorobami ogólnemi, a nie ulega wątpliwości, że nawet i choroby o wybitnym podkładzie anatomicznym, jak gruźlica, w wielu razach są czemś więcej, niż chorobą komórki i narządu.

Należy wrócić do starego pojęcia „dyskrazji", nie ulegając zresztą dawnym błędom. Należy używać tego pojęcia znacznie częściej, niż się to dzieje obecnie. Są liczne przejścia między chorobami gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, chorobami przemiany materji a chorobami narządów krwiotwórczych, przejścia, które nie są jeszcze żadną określoną chorobą, ale już są dyskrazją, n. p. rozpoczynający się Basedow, dolegliwości klimakteryczne, toksinemja w ciąży patologicznej, w eklampsji, amenorrhoea, błednica i t. p. Istnieje daleko więcej chorób przemiany materji, niż te trzy potoczne, jakie się zawsze wymienia: otyłość, cukrzyca i skaza moczanowa. Prócz tych trzech należą tu wszystkie autointoksykacje, powstające n. p. przy chronicznej dyspepsji, przy zaparciu stolca, przy niewłaściwem odżywianiu się, jak u rzeźników, właścicieli masarni i restauratorów, którzy wskutek nadmiernego używania mięsa, wyskoku i korzeni wpadają w stan pełnokrwistości i czegoś, co dawniej nazywało się „ostrością" krwi.

Leczenie wszystkich tych stanów jest możliwe dopiero wtedy, gdy się zastosuje terapję humoralną. Należy zadziałać na ciecze ustroju, a wtedy się wpłynie na konstytucję.

Najważniejszą z metod w terapji humoralnej jest upust krwi. Aschner opowiada, w jaki sposób doszedł do przekonania, że upusty krwi zarzucono w terapji niesłusznie. Mianowicie, przed kilkunastu laty jako asystent kliniki ginekologicznej musiał wielokrotnie robić upusty krwi u kobiet w celu otrzymania dostatecznej ilości surowicy dla siebie i dla instytutu Abderhaldena, w tym czasie bowiem na wielką skalę badano odczyn Abderhaldena. Otóż przekonał się, że po upustach krwi można zauważyć u kobiet pewną prawidłowość w występowaniu stanów podmiotowych i przedmiotowych: kobiety w okresie przekwitania doznawały ulgi w swoich dolegliwościach, osutki ciążowe ustępowały, gorączka i odczyn miejscowy w stanach zapalnych często się zmniejszały. Gdy autor zaczął szukać w piśmiennictwie wzmianek o podobnych metodach leczniczych, przekonał się, iż w nowszem piśmiennictwie nic o tem niema, natomiast dawna literatura

od wielu wieków te metody znała i stale je w tych cierpieniach polecała.

W ostatnich czasach wogóle pod wpływem prądu który reprezentuje autor, a który się właściwie powoli budzi już od kilkunastu lat, zaczęto trochę częściej stosować upust krwi: w obrzęku płuc, przy przeładowaniu małego krążenia, rozszerzeniu prawego serca, przy zwiększonem ciśnieniu krwi, przy marskiej nerce, udarze mózgowym. We wszystkich tych cierpieniach przeprzeważnie chodzi o odciążenie serca, płuc i naczyń ze względów hydrostatycznych, nigdy jednak o przeistoczenie i poprawienie przemiany materji. Jeśli dzisiaj puszcza się krew w jakich 10 cierpieniach, to powinno się stosować tę metodę — zdaniem Aschnera — w 100 rozmaitych stanach.

Bardzo ważnem jest działanie upustów krwi depletoryczne. O pletorze, t. j. o nadmiarze krwi powinno się mówić daleko częściej, niż to się dzieje obecnie. Przy naszym siedzącym trybie życia łączy się ona często z wadliwą przemianą materji. U takich osób występuje przekrwienie mózgu, krwawienie z nosa, przepełnienie krwią serca i płuc, zastój krwi w watrobie i śledzionie, krwawnice, przekrwienie narządów miednicy, krwawienia maciczne i t. p.

Przy nadmiernym napływie krwi do jakiegoś narządu i niebezpiecznem krwawieniu, n. p. w mózgu, siatkówce dawna medycyna zalecała upust krwi zarówno leczniczy, jak i zapobiegawczy. Tak samo dawniej puszczano krew i przy krwotokach płucnych. Dziś w podobnych stanach stosuje się środki zwężające naczynia krwionośne, zimne okłady, preparaty ergotynowe, sole wapnia, wszystko z wynikiem mniej pomyślnym. Lepiej wypuścić ¼ litra krwi z żyły w przegubie łokciowym i zatrzymać krwotok płucny, niż narażać chorego na następstwa płucnego krwawienia, jakie mogą wystąpić w samych płucach.

Ważnem jest również działanie upustów krwi przeciwzapalne. Dietl — zdaniem Aschnera — przesadził, jak też przesadzili wszyscy ówcześni zwolennicy nihilizmu terapeutycznego, którym wystarczały metody wyczekujące. Zdaniem Aschnera — upustem krwi można szybko przerwać niejedną rozpoczynającą się sprawę zapalną, jak zapalenie dróg żółciowych, zapalenie przyjądrza, adnexitis, zapalenie opłucnej, płuc, sprawy zapalne w żyłach. Jeszcze przed 100 laty było w medycynie prawidłem, że wczesne postawienie pijawek w epididymitis szybko przerywa to cierpienie i chroni od następowej niezdolności do zapłodnienia.

Niedoceniane jest — zdaniem Aschnera — działanie upustów krwi wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z historetencją, t. j. z zatrzymaniem w tkankach ciał niepotrzebnych lub szkodliwych. Przez upusty krwi można skierować prąd cieczy w tkankach z powrotem do krwi i przez to oczyścić ustrój. Tak się właśnie rzecz ma przy zatruciach, jak n.-p. tlenkiem węgla, gazami bojowemi, kwasem pruskim, siarkowodorem i t. d., przy których jeszcze najczęściej obecnie upust krwi bywa stosowany. W takich razach zaleca się połączyć upust krwi z dożylnem wiewaniem n. p. fizjologicznego roczczynu soli kuchennej, ażeby w ten sposób cały ustrój przepłókać.

Upust krwi jest tak samo skuteczny w tych zatruciach, które się spotyka daleko częściej, w zatruciach pochodzenia wewnętrznego, jak w wadliwej przemianie materji, mocznicy, eklampsji, w różnych toksykozach, towarzyszących ciaży, w błednicy, która według Noordena jest pewnego rodzaju samozatruciem i t. d.

Upust krwi, działając pobudzająco na obieg krwi i przemianę materji, przyśpiesza tem samem wchłanianie wysięków, wybroczyn. Tu też występuje działanie upustu krwi, jak się dawniej mówiło, rozpędzające (resolvens). Dlatego przy wszelkich kontuzjach narządów wewnętrznych, które łatwo prowadzą do powikłań, a także przy tak niebezpiecznej sprawie, jak *commotio cerebri*, nie należy zaniedbywać upustu krwi. Autor przytacza beznadziejne przypadki wstrząśnienia mózgu, które się szybko poprawiły po zastosowaniu tej metody.

Medycyna dzisiejsza niedocenia wpływu kojącego, uspokajającego, jaki wywiera upust krwi. Tą metodą dają się leczyć wszelki stany hipersteniczne, wymagające powrotu do normostenji lub chwilowej astenji, tą metodą dają się leczyć te choroby, które powstają ze zbytniego napięcia działalności życiowej całego ustroju lub poszczególnych jego części, choroby, zwane przez najnowszych autorów, jak Much, chorobami z nadmiaru (Pluskrankheiten). Aschner podaje, że ta metoda korzystnie wpływa przy hipertonji, kolce nerkowej, czy wątrobowej, epilepsji, histerji, tężyczce, przy napadach szału, bezsenności. Każdy może się przekonać — zdaniem Aschnera — czysto empirycznie, że po upuście krwi przychodzi orzeźwiający sen i ochoczy nastrój.

Nowe pole dla upustów krwi, do tej pory leżące odłogiem, mamy w zboczeniach wewnętrznego wydzielania, które autor omawia obszernie, n. p. u kobiet w schorzeniach jajników, w schorzeniach tarczycy i w. in.

Aschner stosuje upusty krwi nietylko leczniczo, ale i profilaktycznie. Sądzi, że nie należy czekać, aż się rozwinie eklampsja, mocznica czy udar mózgowy. Już na parę tygodni, miesięcy, a nawet lat nieraz występują zwiastuny tych chorób, objawy rozpoczynającej się intoksykacji, jak świąd, ociężałość, senność, nadmierna wrażliwość, skłonność do stanów zapalnych i wysypek skórnych i t. d. To wszystko wymaga już leczenia, które należy zacząć od upustów krwi.

Upust krwi, zrobiony przed operacją w jamie brzusznej, chroni od powikłań pooperacyjnych. Autor tak to tłumaczy, że po każdej laparotomji występuje jako reakcja w jamie brzusznej traumatyczne przekrwienie podobnie, jak występuje przekrwienie wszędzie po urazie. To przekrwienie, choćby się odbywało nawet bez udziału drobnoustrojów, jest nieraz źródłem dalszych powikłań. Upust krwi, zastosowany przed operacją, chroni od pooperacyjnego przekrwienia, a więc i od powikłań, zakrzepów, zatorów. Autor zaznacza, że tę metodę zapobiegawczą stosują już niektóre kliniki w Wiedniu i Berlinie z dobrym wynikiem, sam też podaje, że upusty krwi przedoperacyjne stosował przy 117 laparotomjach i przy 36 operacjach *per vaginam*, zwłaszcza stosował upusty u kobiet tłustych, pełnokrwistych, czerwonych na twarzy, z żylakami na nogach. Wynik był najczęściej bardzo dobry: wymioty, zależne od podrażnienia otrzewnej, były mniejsze, podobnie mniej dokuczały pacjentkom pooperacyjne wzdęcia, tkliwość brzucha była mniejsza.

Aschner puszcza krew nie zapomocą wenesekcji, lecz zapomocą wenepunkcji. Używa igły krótkiej (ok. 5 cm długości) i grubej (1—2 mm średnicy światła), podobnej do igieł weterynarskich. Ścisnąwszy ramię wężem gumowym i oczyściwszy skórę, autor wbija igłę w jedną z żył w przegubie łokciowym i przez igłę wprost wypuszcza krew bez żadnej aspiracji strzykawką. Nie należy tylko używać cienkich igieł, gdyż łatwo się one zatykają skrzepłą krwią. Tym sposobem bez trudności można wypuścić ¼—½ litra krwi.

Aschner nie boi się także stawiania pijawek. Obawa przed pijawkami, które nie są aseptyczne, jest — zdaniem Aschnera — zupełnie teoretyczna. Autor przez lat 20 od czasu, kiedy zaczął z powrotem stosować pijawki, nie widział ani razu, żeby pijawki były źródłem jakiegoś zakażenia, zwłaszcza że pijawki raz użyte zawsze się wyrzuca.

Obok upustu krwi drugą ważną metodą, która działać może nietylko lokalnie, ale i na całą konstytucję ustroju, stanowią środki przeczyszczające, wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu anatomicznemu, że przeczyszczenie to jest tylko mechaniczne opróżnienie przewodu pokarmowego. „Odciąganie przez kiszki" (Ableitung auf den Darm) powinno odgrywać w leczeniu daleko większą rolę, niż się to dzieje obecnie. „Qui bene purgat, bene sanat" — mawiali dawni lekarze. Dawniej przy cierpieniach głowy przedewszystkiem stosowano odciąganie przez kiszki. Dzisiaj przy zwykłym bólu głowy, przy migrenie, przy uderzeniach krwi, zawrotach głowy stosuje się piramidon, antipirynę albo środki naczynioruchowe, jak sole wapnia, nitroglicerynę i t. p. — wszystko środki objawowe, zamiast podać z lepszym, a nadewszystko z trwalszym skutkiem niektóre środki przeczyszczające.

Podobnie w wielu cierpieniach skórnych zanadto się smaruje skórę, a zamało dba o funkcję jelit. Także w pedjatrji stara medycyna była zdania, że różne cierpienia noworodków mają swoje źródło w smółce, która może tak czy inaczej działać na ustrój niekorzystnie. Dawano więc lewatywki i środki przeczyszczające i usuwano dość szybko n. p. takie cierpienie, jak żółtaczkę noworodków. Dziś tworzy się dość skomplikowane teorje objaśniające tę chorobę i ostatecznie stosuje się leczenie wyczekujące, zamiast wrócić do wypróbowanych starych metod. Te i wiele podobnych przykładów dowodzi, że leczenie przeczyszczające może i powinno odgrywać w terapji daleko większą rolę, niż odgrywa do tej pory.

Podobnie się rzecz ma i ze środkami wymiotnemi. Aschner nie może się zgodzić na to, żeby wymioty były jedynie mechanicznem opróżnieniem żołądka. Silne skurcze tłoczni brzusznej, przepony oraz podrażnienie nerwu błędnego, jakie występują przy wymiotach, wszystko razem wywołuje działanie także na płuca i górne drogi oddechowe i dlatego zapomocą wymiotów możemy osiągnąć skutki i poza żołądkiem, usuwając n. p. równocześnie z wymiotami albo wypociny nadmiernie zalegające w drogach oddechowych, zwłaszcza że niektóre środki wymiotne, jak *ipecacuanha* lub *tartarus stibiatus*, są zarazem środkami wy-

krztuśnemi, albo obce masy, które się tam przedostały, jak woda u topielców i t. p. Zapomocą podania środka wymiotnego w podobnych wypadkach możemy nieraz najprędzej przywrócić normalny oddech.

Dalej autor omawia środki rozpędzające, moczopędne, emmenagoga, odciągające, działające przeciw skażeniu krwi, przeciwzapalne, wzmacniające, uspokajające i t. p. Najbardziej tu zasługują na uwagę emmenagoga, ponieważ autor sam jest najwięcej ginekologiem i w tym kierunku posiada własną dużą praktykę. Otóż Aschner zaznacza, że w wielu najnowszych podręcznikach terapji ogólnej i farmakologji niema już wcale albo prawie wcale mowy nawet o środkach, zwanych emmenagoga. Pochodzi to stąd, że wielu ginekologów dzisiaj uważa, że krwawienie miesięczne jest tylko objawem ubocznym bez większego znaczenia, towarzyszącym dojrzewaniu jaja i przemianom śluzówki macicznej i że w ogólnej przemianie materji jest zjawiskiem prawie obojętnem.

Jednakże medycyna, oparta na patologji humoralnej, zawsze uważała, że wszelka przerwa w miesiączkowaniu, a nawet zmniejszenie normalnego krwawienia jest zaburzeniem, które może wywołać różne objawy chorobowe zarówno całego ustroju, jak i poszczególnych narządów. Te objawy obserwuje się nietylko po sztucznem przerwaniu miesiączki, po usunięciu jajników lub po ich wyjałowieniu Roentgenem, ale także w naturalnem climacterium. Podobnie w ciąży objawy zatrucia są — zdaniem Aschnera — między innemi także następstwem przerwy w krwawieniu miesięcznem.

Dawna medycyna posiadała całą t. zw. „emmenologję", t. j. obszerne zbiory przepisów, jak przywrócić lub wzmocnić miesiączkę. Dzisiejsza medycyna zna żelazo, arszenik, tabletki z jajników i mało co więcej. Należy — zdaniem Aschnera — wrócić do wielu zapomnianych metod. Następstwem zaburzeń w miesiączkowaniu mogą być różne cierpienia. Najbardziej są znane zaburzenia skórne, ale mogą być najrozmaitsze, w szczególności nie należy zapominać o cierpieniach nerwowych i umysłowych, jak histerja w różnych postaciach, neuralgje, porażenia, pląsawica, bezsenność, a nawet psychozy.

Dalej, Aschner jest wielkim zwolennikiem środków odciągających na skórę (Ableitung auf die Haut). W tej liczbie na pierwszem miejscu stoją u niego pryszczydła (*vesicantia*). W podręcznikach z przed 100 lat — powiada Aschner — upust krwi i pryszczydła były omawiane co druga strona. Dziś pryszczydła zostały tak dalece zarzucone, że w aptekach dostać nie można dobrego *emplastrum cantharidum* [1]). Niechęć do tego środka datuje się od czasu, kiedy Nothnagel opisał przypadek szczególnej idjosynkrazji u chorego, który po zastosowaniu *emplastrum cantharidum* zachorował na ostre zapalenie nerek. Taka wrażliwość na muchy hiszpańskie jest jednak czemś zupełnie wyjątkowem. A podkreśla Aschner, że plaster z much hiszpańskich jest bez porównania skuteczniejszy, jako derivans w wielu cierpieniach, n. p. w wysiękowem zapaleniu opłucnej, aniżeli wszelkie postaci gorczycy.

Francuzi po dziś dzień stosują doskonały środek odciągający na skórę, mianowicie ignipunkturę, czyli t. zw. points de feu, używając tego środka w sanatorjach dla chorób płucnych, n. p. jako lekkiego przypalania skóry raz przy razie w okolicy zajętych szczytów albo stosując tę metodę także w niektórych schorzeniach rdzenia kręgowego.

Podobnie, jak dawne metody humoralne, medycyna dzisiejsza zupełnie zarzuciła bardzo wiele środków roślinnych, używanych z dobrym skutkiem w różnych cierpieniach w ubiegłych wiekach. Uczyniono to dlatego, że nie można było wykryć żadnego wyraźnego działania danego środka u zwierząt ani u ludzi. A jednak — zapytuje Aschner — dlaczego ma być niemożliwym środek, który nie działa wcale lub prawie wcale na zdrowe zwierzęta i na zdrowych ludzi, a jednak działa korzystnie na ludzi chorych. Nie każdy środek, uznany za skuteczny empirycznie, da się objaśnić. Nie wynika z tego jednak, że wszelkie takie środki należy odrzucić.

W ten sposób Aschner usiłuje zrehabilitować n. p. arnikę w leczeniu ran zanieczyszczonych. Oczywiście, godzi się na to, że działanie odkażające i oczyszczające środków chemicznych, jak sublimat, jodyna, karbol, podchloryn wapniowy, jest daleko silniejsze, ale jednak autor zauważył podczas wojny, że rany zanieczyszczone, zmywane arniką, wzgl. pod okładami z arniki szybko się oczyszczają i pokrywają ziarniną.

[1]) Dobry plaster — zdaniem Aschnera — jest jedynie francuski (firmy Albespeyres).

Przedstawiwszy w ten sposób w I-ej części swego dzieła wszystkie dawne ogólne metody lecznicze, jakie w terapji mogą być i dziś stosowane, autor przechodzi w II-ej części do specjalnego zastosowania tych metod w różnych specjalnościach lekarskich.

O internistach mówi autor wogóle, że zarzuciwszy wiele dawnych metod i hołdując w wielu chorobach terapeutycznemu nihilizmowi, interniści swoje dawne znaczenie odstąpili w dużej części chirurgom, którzy imponują swoją śmiałością i udoskonaloną techniką. Interniści dobrowolnie się pozbawili wielu dawnych wypróbowanych środków jedynie dlatego, że nie wszystko dało się wytłumaczyć na drodze fizycznej lub chemicznej. A jednak dawne metody humoralne nieraz były skuteczne.

N. p. leczenie tyfusu brzusznego jest dzisiaj przeważnie dietetyczno-wyczekująco-objawowe. Dopiero przy powikłaniach, jak krwawienie z jelit, zapalenie otrzewnej, sprawy płucne, nerwowe, zaczynamy działać nieco energiczniej. Dawna medycyna polecała na początku choroby środki przeczyszczające i umiarkowane środki napotne. Przy pierwszych zwiastunach rozpoczynających się powikłań występowano energiczniej, stosując upusty krwi, pijawki. Nothnagel opisał z całym spokojem uczonego obserwatora, jako curiosum kazuistyczne w durze brzusznym przypadki udaru mózgowego u młodych osób. Otóż stara medycyna nigdy do takiego powikłania nie dopuściła. Przy pierwszych objawach kongestji do głowy zastosowałaby obficie upusty krwi i środki odprowadzające na skórę.

W podobny sposób przy szkarlatynie dawne leczenie humoralne lepiej chroniło od niebezpiecznych powikłań nerkowych, gardlanych lub usznych, niż dzisiejsze metody przeważnie dietetyczno-wyczekujące.

Omawiając choroby żołądka, autor polemizuje z Boasem, który jest najpoważniejszym przedstawicielem kierunku, uważającego wszelkie t. zw. stomachica, jak piołun, tysiącznik, condurango, goryczka i in. za zupełnie bezcelowe. Jednakże autor twierdzi, że zna bardzo wiele przypadków, gdzie leczenie żołądka na podstawie jego chemizmu nie dawało żadnych wyników, natomiast stare środki wypróbowane przywracały rychło zdrowie.

Omawiając choroby skórne, autor powiada, że Hebra ściągnął skórę z człowieka i stworzył dermatologję, ale stracił chorego człowieka. Wiele chorób skórnych dawniej leczyło się środkami ogólnemi, dziś leczy się je środkami miejscowemi nieraz z gorszym wynikiem. Dawna terapja humoralna skuteczniej leczyła n. p. łuszczycę, niż dzisiejsza dermatologja. Autor podaje, że obserwował zgórą 700 przypadków, w których zbyt skąpa miesiączka wywoływała choroby skóry. Cierpienia te nie ustępowały pod wpływem leczenia miejscowego, ustępowały natomiast bardzo szybko po zastosowaniu starych środków z grupy emmenagoga.

Także w małych specjalnościach, jak okulistyka, otjatrja, rinologja, które powstały dopiero w XIX wieku, jako prawe dzieci medycyny anatomiczno-narządowej i lokalizacyjno-specjalistycznej, należy wrócić do niektórych dawnych metod humoralnych. Autor jest zdania, że rozpoczynającą się jaskrę można leczyć skutecznie, stosując upusty krwi, pijawki, pryszczydła za uszy, obfite środki przeczyszczające i moczopędne, i że ta metoda ograniczyłaby ilość wykonywanych zabiegów operacyjnych.

W otjatrji — zdaniem autora — wcześnie zastosowana terapja humoralna, przeciwzapalna nieraz może uchronić ucho od powikłań, tak częstych w niektórych cierpieniach, jak szkarlatyna, grypa. Podobnie w rinologji niejedną radykalną operację jam bocznych można zastąpić terapją przeciwzapalną, humoralna, co też robią zazwyczaj i niekiedy z zupełnem powodzeniem różni przedstawiciele medycyny nieoficjalnej, którzy uprawiają przyrodolecznictwo, homeopatję i t. p.

Najciekawsze są zawsze wywody autora w dziedzinie ginekologji. Autor powiada, że pod wpływem olbrzymiego rozwoju chirurgji ginekologja stała się w znacznej części albo nawet prawie zupełnie specjalnością chirurgiczną. Liek opowiada w swojem wspomnianem wyżej przeze mnie dziele „Der Arzt und seine Sendung", że w Niemczech są kliniki, w których się każdą przychodzącą po poradę kobietę operuje. Macica jest w tych szkołach narządem, który się nieraz usuwa z powodów technicznych, bez względu na wiek pacjentki. Jednak przedwczesne usunięcie macicy albo kastracja promieniami wywiera zgubny wpływ na ogólny stan kobiety. Aschner obserwował 150 przypadków, w których po radykalnej operacji występowały lżejsze lub cięższe objawy ogólne, jak wzmożone ciśnienie krwi, objawy sercowe,

bóle głowy, skłonność do cierpień reumatycznych. Wprawdzie te poglądy autora, ogłoszone już w r. 1925, wywołały krytykę, ale autor obstaje przy swojem stanowisku. Powiada, że zwolennikami radykalnych operacyj są specjaliści operatorowie, natomiast następstwa przedwczesnych operacyj widzą przeważnie lekarze-praktycy, którzy rzadko swoje spostrzeżenia publikują, nie mając w tej mierze inicjatywy ani sposobności. Stwierdza też autor z zadowoleniem, że w ostatnich czasach granica wieku dopuszczającego operację radykalną lub kastrację promieniami przesunięta została bardziej w kierunku wieku przekwitania.

Leczenie upławów odbywa się od kilkudziesięciu lat według orjentacji bakterjologicznej. Jednakże takie stanowisko, nakazujące wciąż tylko myśleć o środkach odkażających, jest jednostronne. Kobiety miewają upławy także pod wpływem innych czynników, naczynioruchowych, nerwowych, wadliwej przemiany materji lub pod wpływem ogólnej dyspozycji kataralnej, zwanej dawniej „reumatyczną". Autor zna setki przypadków, które napróżno leczono miesiące całe i lata środkami odkażającemi, a które szybko się poprawiały po zastosowaniu łagodnych środków przeciwzapalnych, lekko ściągających.

Z powyższych przykładów, jakie wybrałem z dzieła Aschnera, a wybrałem najbardziej typowe, — widzimy, jak autor ten chce uzupełnić dzisiejszą medycynę. We wszystkich działach medycyny praktycznej podaje dawne metody, od 100 lat nieużywane, i pragnie je zrehabilitować. Taka rehabilitacja dawnych metod i synteza dawnej medycyny z dzisiejszą ma — zdaniem autora — nader doniosłe znaczenie, choćby dlatego, że jakkolwiek oficjalna medycyna dawne metody zarzuciła, to jednak dotąd bynajmniej się ich nie wyrzekła publiczność. Połowa ludności leczy się dawnemi metodami. Stosują ją też w całej pełni różni przedstawiciele medycyny nieoficjalnej i na tem właśnie polega ich powodzenie. Autor pragnie wielkiej syntezy, połączenia medycyny oficjalnej, dawnej medycyny i wielu istniejących dziś sekt, homeopatji, magnetopatji, przyrodolecznictwa i w. in. w jedną świetną całość, w której stan lekarski podniósłby się na znaczeniu, a partactwo i sekciarstwo straciłoby rację bytu.

Kończąc moje przedstawienie poglądów Aschnera, mógłbym powiedzieć, jak ów sławny mówca francuski: je ne propose rien, je ne suppose rien, j'expose. Nie proponuję żadnej z poszczególnych metod leczniczych, gdyż nie mam na to mandatu klinicznego. Zbyt wysoko cenię autorytet dobrze prowadzonej kliniki. Niech kliniki powiedzą, czy Aschner i jego zwolennicy — a jest ich w Niemczech coraz więcej — mają słuszność, czy nie. Niech zabiorą głos lekarze-praktycy.

Poglądy Aschnera są największem wahaniem we współczesnej medycynie, największem odchyleniem od dotychczas przyjętej linji rozwoju medycyny. Aschner nas wręcz oburza, zmusza na każdym kroku do protestu, wznieca niepokój. Ale rozmiary naszego oburzenia i niepokoju są równocześnie miernikiem tej bezwzględnej pewności siebie, z jaką medycyna dzisiejsza przystępuje nieraz do łoża chorego, miernikiem tej wiary w nieomylność, jaka cechuje niekiedy nowoczesnych lekarzy, i miernikiem pewnego sit venia verbo — dogmatyzmu, jaki się zakradł do dzisiejszej medycyny. Osobiście mam wrażenie, że Aschner nie ma pełnej słuszności, nie ma 100-procentowej słuszności, ale nie można mu też zarzucić, żeby we wszystkiem miał się tylko mylić. Gdyby miał tylko 10% albo nawet 5% słuszności, już jego poglądy zasługiwałyby na poznanie. Przyszłość z pewnością niejedno wyjaśni. Studjum historji medycyny w tych warunkach nabiera wprost praktycznego znaczenia.

Biorąc rzeczy historycznie, zauważyć trzeba, że istotnie metody humoralne, zalecane przez szkołę niemiecką, były używane w medycynie przez 20 zgórą wieków i uchodziły za metody wypróbowane, nieraz nieomylne. Wprawdzie teorje się zmieniały, ale to zasadniczo na praktykę nie wpływało. Temi samemi metodami leczyli nietylko czyści hippokratycy, jak Sydenham albo szkoła w Montpellier, ale przeważnie także i inne szkoły, jak jatrochemicy, jatrofizycy i inni. Dopiero mniej więcej 100 lat temu zaczyna się nowa teorja, anatomiczno-lokalizacyjna i narządowo-specjalistyczna. Wielkie teorje mają zawsze w sobie coś z mody. Teorja Virchowa została przyjęta powszechnie. Nie dlatego, żeby konsekwencje lecznicze nowej teorji były zawsze korzystniejsze, niż starej praktyki, — bo tego tak dokładnie znowu nie badano — ale dlatego, że umysł ludzki potrzebuje teoretycznego oparcia, nowa teorja, oparta na ścisłych badaniach, była niesłychanie pociągająca, a stare metody lecznicze nie znajdowały uzasadnienia w ramach nowej teorji. Dlatego kto wie, czy szkoła niemiecka nie ma słuszności, nawołując do rewizji naszego dzisiejszego stanowiska, rewizji naszej ogólnej niechęci do starych metod leczniczych zwłaszcza, że cała dzisiejsza nauka o konstytucji daje nowe podłoże teoretyczne.

Niema potrzeby mówić o „przesileniu" we współczesnej medycynie, gdyż niema żadnego bankructwa, a rząd intelektualny dzisiejszej medycyny bynajmniej się do dymisji nie podaje. Można jednak mówić o wahaniach. Niema sensu wołać „zurück zu Hippokrates", a jeszcze mniej „zurück zu Paracelsus", ale trzeba przyznać, że rozwój medycyny nie jest czysto jednokierunkowy i prostolinijny, jak w technice, i że nie wolno w medycynie zapierać się przeszłości, która daje bogate doświadczenie. Pięknie powiedział ojciec medycyny:

ὁ βίος βραχύς, ἡ δὲ τέχνη μακρή — **życie krótkie, sztuka długa, nie należy lekceważyć sztuki uświęconej wielowiekową tradycją;** *ἡ δὲ πεῖρα σφαλερή, ἡ δὲ κρίσις χαλεπή* — **doświadczenie złudne, wykonanie trudne.**

* * *

Odczyt powyższy był wygłoszony w lutym i marcu 1930 r. w Towarzystwach Lekarskich w Warszawie i w Krakowie. Ożywiona dyskusja, jaka się w obu Towarzystwach rozwinęła, wykazała, że niektóre kliniki polskie także wróciły już do dawnych metod, jak upust krwi, stosowany obecnie znacznie częściej, niż doniedawna. Pozostaje tylko stwierdzić, że ten powrót do dawnych metod leczniczych, który ma swoje źródło w ożywionej działalności na polu historji medycyny w Niemczech, przeszedł do klinik polskich pośrednio przez prasę kliniczną zagraniczną. Bezpośredni kontakt klinik z zakładami historji medycyny w Polsce byłby możliwy także, gdyby te zakłady w całej pełni istniały i miały odpowiednie warunki do pracy.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Prof. O. Mayer: *Die akute Mittelohrentzündung.* Nakład: J. Springer, Wiedeń i Berlin. Str. 47 i 5 ilustracyj w tekście. Ostre zapalenie śródusza (śródusze lepiej niż ucho środkowe) powinien znać każdy lekarz i w przypadkach niepowikłanych powinien je leczyć. Książeczka jest napisana jasno dla lekarza praktyka, który nie miał sposobności z tą chorobą się zapoznać dokładniej. Zatem krótko ujęta jest etjologja i objawy ostrego nieżytu i ostrego ropnego zapalenia śródusza, podane są rozmaite postacie przebiegu i powikłania, leczenie i wskazania operacyjne. Wszystko jest krótko a przytem pouczająco i dokładnie przedstawione tak, że w razie potrzeby lekarz może się prędko zorjentować, jak w danym przypadku objawy sobie tłumaczyć i jak postąpić w leczeniu.

Fels (Lwów).

Dr. Jan Kurczyński: *Przeszłość medycyny.* Warszawa 1930. St. 75. Zaprowadzenie egzaminu z historji medycyny, wytworzyło potrzebę zwięzłego podręcznika do nauki dziejów medycyny, którego dotychczas brak było w Polsce. Niedawno ukazała się część pierwsza Historji medycyny pióra prof. Wł. Szumowskiego w Krakowie. Kurczyńskiego książka *„Przeszłość medycyny"* przedstawia krótki zarys rozwoju medycyny, historjozoficznie ujęty. Na 75 stronicach daje ona przegląd pojęć leczniczych i kierunków przyrodniczych wszystkich czasokresów, więc od czasów przedhistorycznych do dzisiejszych, od empiryzmu Hippokratesa do mesmeryzmu, do nowoczesnej immunologji, aseptyki, aktino- i opoterapji. W tak ograniczonych rozmiarach wszystko musiało być zwięźle i tylko poglądowo przedstawione, bez życiorysów wielkich reprezentantów nauki, bez opisu wydarzeń i anegdot historycznych, które, jak wiemy, wielce przyczyniają się do zapamiętania dziejów i odkryć naukowych. Lekarz obeznany poniekąd z dziejami medycyny, z korzyścią przeczyta ten filozoficznie ujęty, lecz krótki zarys historji medycyny, dla uczącego się może on służyć głównie jako repetytorjum, którego gruntownie musi się nauczyć, gdyż jak wspomniałem, niema w tej książce historycznej żadnych opowiadań lub uwag nieścisłych. Byłoby dobrze, gdyby przy wybitnych koryfeuszach medycyny, jak przy ważnych odkryciach lub innych zdarzeniach naukowych bodaj w nawiasach podane były daty roczne, tymczasem w całej książce jest tylko jedyna data roczna, t. j. 1777, kiedy komisja lekarska w Paryżu uznała, że magnetyzm Mesmera, jeśli nie jest oszustwem, jest w najlepszym razie tylko wytworem jego wyobraźni. Należałoby też uzupełnić następne wydanie krótkim wstę-

pem i podaniem treści na początku, oraz alfabetycznym spisem rzeczy na końcu książki. Druk i papier nienaganny, oprawa prosta, cena niepodana. Zato język krytyczny, łatwo filozoficzny i gładki, toteż słusznie polecić mogę każdemu lekarzowi, pragnącemu poznać rozwój teorji i pojęć lekarskich nabycie tej książki. Przeczyta ją z wielką korzyścią i prawdziwem zadowoleniem.

Fels (Lwów).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny psychjatryczne, rok VII, kwartał I—II, r. 1930: Ś. p. prof. Dr. Rafał Radziwiłłowicz. — E. Boczkowski: O odruchu antagonistycznym wywoływanym drażnieniem pnia nerwu piszczelowego. — A. Wirszubski: Epidemje psychiczne w historji żydów. — T. Łapiński: O opiece pozazakładowej ze szczególnem uwzględnieniem stanu jej w Warszawie. — R. Markuszewicz: Ucieczka do choroby a popęd samozachowawczy. Al. Piotrowski: Leczenie zakładowe alkoholików. — J. Podwiński: Zarys dziejów szpitalnictwa psychjatrycznego w Wilnie od połowy XVII do początku XX stulecia. — Sprawozdania z Zakładów psychjatrycznych w Polsce.

Przewodnik pielęgniarski, rok II, kwartał I—II, r. 1930: J. Skonieczka: Obieg krwi u człowieka. — T. Rajewski: Krótkie wiadomości o aseptyce i antyseptyce. — M. Żywot: Wykonywanie zleceń lekarskich. — Z. Tustanowski: Opatrywanie chorych z odleżynami.

Warszawskie czasopismo lekarskie. S. Sterling: Doktór medycyny Kazimierz Dłuski w dniu siedemdziesiątej piątej rocznicy urodzin. — A. Gluziński: Urywek ze wspomnień lat dawnych. — O. Sokołowski: Pierwsza wzmianka w literaturze o pozaszczytowem pochodzeniu gruźlicy płuc. — W. Knappe: Kazimierz Dłuski jako prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. — G. Lewin: Kilka słów o krwioplucìu. — J. Skłodowski: Spostrzeżenia i uwagi nad otruciem kwasem solnym oraz innemi płynami żrącemi. — H. Puszet: O leczeniu ropnego gruźliczego zapalenia opłucny miejscowemi zastrzykiwaniami aurosanu. — St. Sterling-Okuniewski: Słów kilka w sprawie rozpoznawania nowotworów złośliwych płuc i opłucny. — St. Keilson: Gruźlicze nacieki wczesne, przebiegające pod postacią duru (posocznicy gruźliczej, typhotuberculosis). — H. Kryszek: O zachowaniu się serca w przebiegu suchot płucnych. — St. Rudzki: Gruźlica otyłych. — O. Sokołowski: Przyczynek do wziernikowania klatki piersiowej. — M. Gantz: Astma i gruźlica. — Z. Srebrny: Dwa źródła omyłek w rozpoznawaniu gruźlicy krtani. — A. Margolis: Gruźlica w Łodzi w r. 1929.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 22, z 1 czerwca 1930: Z. Wojnicz-Sianożęcki: Stowarzyszenie farmaceutów a obrona kraju. — Okólniki i rozporządzenia władz. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości lekarskie, rok III, nr. 5, z maja 1930: E. Stahr: O żółtaczkach. — F. Grauberg: O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. — J. Weinbaum: Uwagi do okólnika nr. 38 w sprawie zasad organizacji lecznictwa w kasach chorych. — L. Fleck: Współczesne pojęcie zakażenia i choroby zakaźnej.

Therapia nova, rok II, nr. 4, z kwietnia 1930: K. Poncz: O leczeniu rwy kulszowej (ischias). — Kilka uwagi w sprawie przewidywanych reform w warszawskiej kasie chorych. — A. Krasuski: Rany kłute czaszki. — Salz: Stałe źródła słabego promieniowania radowego w praktyce balneologicznej.

Młoda matka, nr. 11, z r. 1930: J. Wiszniewski: Wady wózka nowoczesnego. — L. Anuszowa: Składany wózek-łóżeczko. — D. J. W.: O wyjazdach letnich niemowląt. — Z. Glińska: Kilka słów o plagach letniska. I. Muchy. — J. Michałowicz: „Hulaj-noga". — J. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa. — J. Brzósko-Gudersk a: Dziecko a przyroda. — R. Sztranemanowa: O tak zwanej troskliwej opiece. — K.: Paciorki papierowe. — Z. Rozenblum: Propaganda higjeny i czystości. — M. Brzóskówna: Zabawki z tektury.

Wiedza lekarska, rok IV, nr. 5, z r. 1930: F. Sienicki: O wczesnem rozpoznawaniu ciąży. — A. Byliński: Phosphacid Dr. Romanowskiego.

Wiadomości Kas chorych, rok I, zeszyt 4, z 15 maja 1930: Dziesięciolecie ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby. — Dział urzędowy. — Dział sprawozdawczy. — Kasa chorych m. Warszawy.

Nowiny lekarskie, rok XLI, nr. 11, z 1 czerwca 1930: W. Skórczewski: Wpływ leczenia kąpielowego w Krynicy na obraz ortodiagraficzny serca. — Z. Dziembowski: Uśpienie eterowe zapomocą maski Ombrédame'a. — J. Czyżek: Dwanaście przypadków przedwczesnego odklejenia łożyska. — K. Santarius: Perkaina, nowy środek miejscowo znieczulający. A. Karwowski: Rzeżączka. — St. Tatka: Uwagi w sprawie leczenia odoskrzelowego zapalenia płuc u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem cardiazolu.

Przyroda i technika, rok IX, nr. 6, z czerwca 1930: K. Wodzicki: Hodowla zwierząt futerkowych pod względem biologicznym i gospodarczym. — B. Halicki: Torfy i torfoznawstwo.

Rocznik psychjatryczny, zeszyt XIII, r. 1930: J. Mazurkiewicz: Zarys fizjologiczny teorji uczuć. — A. Gruszecka: Zafałszowanie rzeczywistości w otępieniu starczem. — W. Łuniewski: O nowej redakcji artykułów polskiej Legis Ferendae, dotyczących niepoczytalności, t. zw. poczytalności zmniejszonej i poczytalności w stanach upojenia. — M. Brunowa: Z badań nad genealogią rodzin alkoholików. — J. Bednarz: Obserwacje sądowo-psychjatryczne w oddziale kryminalnym w szpitalu „Tworki". — A. Wirszubski: Historja psychjatrji u starożytnych żydów.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 23, z 5 czerwca 1930: G. Bychowski: O psychoterapji nerwic narządowych. — H. Landau: O leczeniu niedokrewności złośliwej preparatami żołądka. — J. Rogiński: Objawy zwiastujące początek azotemji. — S. Mischel: Balneoterapja w świetle nowych poglądów. — L. Zamenhof: Przyrząd automatyczny do przepłukiwania ucha w ropotokach. — L. Lubliner: Leysin sur Aigle. — B. Nowakowski i H. Rabinowicz: Ołowica zawodowa w przemyśle akumulatorowym. — A. Krzyczkowski: Co robiły Izby lekarskie w r. 1928. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of Nervous and Mental Disease.

Luty 1930. Tom 71, Nr. 2.

Armando Ferraro (New-York): *O reakcji tkanki mózgowej na dożylne zastrzyki płynów hypotonicznych*. Autor wstrzykiwał kilkakrotnie do 950 cm^3 wody destylowanej królikom i następnie je zabijał. Badania histologiczne wykazały obrzęk miąższu mózgowego i zwiększenie ciśnienia śródczaszkowego. Komórki splotu naczyniowego zawierały liczne wodniczki, natomiast wyściółka (ependyma) wykazywała tylko pomarszczone komórki. Przestrzenie około-naczyniowe i około-komórkowe były znacznie rozszerzone — zwłaszcza w dolnych warstwach korowych i rogu Amona. Komórki zwojowe miały jądro obrzękłe i wodniczki w zarodzi. Myelinowe osłonki były obrzękłe. Komórki glejowe uległy zmianom wstecznym *(clasmatodendrosis)*. Wypustki komórkowe były korkociągowato skręcone i obrzękłe. Również i wyściółka (ependyma) wykazywała tylko pomarszczone komórki.

Geoffrey Burns (New-York): *Przypadek dystrofji mięśniowej typu Landouzy Dejerine*. Przypadek samorodnego zaniku mięśni *(typus facio-scapulo-humeralis)* oraz omówienie literatury.

Oskar Diethelm (New-York): *Kilka uwag o bromiźmie*. Bardzo ciekawa praca o ostrych i chronicznych zatruciach bromem na podstawie bardzo dokładnie zebranej literatury i 9 własnych przypadków. Autor dochodzi do wniosku, że pacjenci anemiczni, starsi z chorobami nerek i serca łatwiej ulegają zatruciu bromem niż ludzie normalni. Jeśli 30% chlorku sodu zastąpi się w organizmie bromkiem sodu — wtedy przychodzi do objawów bromizmu. Następnie autor opisuje kilka ciekawych psychoz po - bromowych z wyraźnym podnieceniem.

Marzec 1930. Tom 71, Nr. 3.

Von Ekomono (Wiedeń): *Sen jako problem lokalizacyjny*. Przyznając, że lokalizacja takiego fenomenu, jakim jest sen wydaje się może paradoksem, autor jest jednak zdania, że dotych-

czasowe doświadczenia pozwalają na zlokalizowanie tego normalnego przejawu życiowego. Opierając się na doświadczeniach Piéron, który wstrzykując osocze krwi przemęczonych psów zdrowym wyspanym psom wywoływał u nich normalny sen, Ekonomo jest zdania, że te t. zw. hypnotoxyny tylko w małych dawkach wywołują sen. Przypadki *encephalitis epidemica* i nowotworów okolicy III. komory w których prawie zawsze mamy zaburzenia snu, są dowodem, że ośrodek snu należy szukać w okolicy jądra nerwu okoruchowego i to nieco ku przodowi od tego jądra. Autor umieszczając tę pracę w amerykańskim czasopiśmie chciał widocznie zapoznać Amerykanów ze swoją teorją znaną już zresztą z niemieckich pism a opierającą się na teorji Mauthnera.

Eodegard, Baltimore i Schilder (Wiedeń): *Tendencja do skręcania tułowiem i Déviation conjuguée.* Autorowie opisują przypadek napadowej dewjacji oczu i równoczesnego skręcania tułowiu w tę samą stronę. Na podstawie li tylko klinicznego badania (bez sekcji!) przychodzą do wniosku, że przyczyna tego stanu leży w powstaniu nowotworu ciemieniowo-potylicznego w okolicy XIX. pola Brodmana.

Dawid Nathan (Philadelphia): *Przypadek idjotyzmu rodzinnego (Choroba Tay-Sachsa).* Autor opisuje typowy przypadek zaniku nerwów ocznych i idjotyzmu u rocznego dziecka żydowskiego pochodzenia.

Laureen Smith i Paul Sloane (Philadelphia): *Kilka uwag o nadużywaniu Allonalu.* Autorowie przestrzegają przed nadużywaniem Allonalu, który ich zdaniem nie jest tak niewinnym środkiem, za jaki jest uważany. Opisują 2 własne i 3 inne przypadki suchot po długotrwałem zażywaniu 3—4 tabletek dziennie. Przyznają jednak, że należy się liczyć u tych pacjentów ze specjalną intolerancją na ten środek.

Brzezicki (Kraków).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 31 stycznia 1930 r.

Przewodniczy: Kol. J. Marischler.

1. Przewodniczący otwiera posiedzenie w zastępstwie chorego Prezesa witając obecnych kolegów. Następnie wygłasza wspomnienie pośmiertne o b. p. Kol. Marcinie Selzerze, który zmarł tragiczną śmiercią. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

2. Kol. H. Hilarowicz i kol. St. Teppa przedstawiają przypadek *guza mózgu leczonego operacyjnie.*

Kol. Teppa omawia przebieg choroby w tym przypadku aż do zabiegu operacyjnego, według obserwacji Kliniki neurologicznej. A. A. lat 43, bez obciążenia dziedzicznego. Leworęczny. Pierwszy raz był w obserwacji kliniki neurologicznej w marcu 1929, z powodu lewostronnych napadów drgawkowych. Napady te miał chory przez przeciąg sześciu lat w odstępach kilkumiesięcznych. W czasie napadów tych czasem tracił przytomność. Z początkiem marca 1929 r. napady te zaczęły powtarzać się b. często (do 40 na dobę), przyczem chory nigdy nie tracił przytomności. Przedmiotowo w klinice poza brakiem odruchów Achillesa i zaznaczonym objawem Romberga żadnych zmian nie stwierdzono. Dno oka prawidłowe. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Na zdjęciu roentgenologicznem widoczne rozszerzenie rowków naczyniowych. W czasie pobytu chorego w klinice, po podaniu bromu z luminalem napady ustały, wobec tego chory został wypisany. Rozpoznano wówczas padaczkę objawową, nie wykluczając możliwości istnienia korowego guza mózgu w okolicy motorycznej prawej. Choremu polecono w razie wystąpienia jakichkolwiek nowych objawów zgłosić się natychmiast powtórnie do kliniki. Chory zgłosił się 15-go listopada 1929 z objawami lewostronnego porażenia połowiczego z aphasią motoryczną i lekko zaznaczoną sensoryczną. Powyższe objawy rozwinęły się w przeciągu 6 tygodni. Od tego czasu znowu częste napady epilepsji Jacksonowskiej. W czasie obserwacji klinicznej między 15. listopada a 19. grudnia wyraźne pogorszenie się stanu. W tym okresie wystąpiła tarcza zastoinowa z krwotokami na obu oczach, silne bóle głowy z wymiotami, bolesność czaszki przy opukiwaniu po stronie prawej. Ponieważ obecność guza mózgu sfery motorycznej prawej uciskającego na centra Broca nie ulegała wątpliwości, chorego przeniesiono do kliniki chirurgicznej celem dokonania zabiegu operacyjnego. Po odsłonięciu okolicy motorycznej prawej stwierdzono tamże guz o granicach nieostrych, który udało się usunąć jednakże, jak się zdaje, w całości. Plastyka z powięzi szerokiej uda. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rychła popraw stanu podmiotowego i afazji oraz częściowy powrót ruchów w kończynie górnej i dolnej, tak że chory może obecnie z trudnością chodzić i odpowiada na wszystkie pytania. Histologicznie obraz wyciętego guza odpowiada *glioma sarcomatodes.*

Następnie omawia kol. Hilarowicz prognozę leczenia operacyjnego nowotworów mózgu oraz ostatnie zdobycze na polu techniki tegoż.

2. Kol. H. Hilarowicz przedstawia ponadto b) *przypadek śluzakowca (mucocele)* jam sitowych przednich u chorej 18-letniej który spowodował znaczne przemieszczenie gałki ocznej lewej na zewnątrz i ku dołowi. Operacja polegała na odsłonięciu rozdętych jam od strony wewnętrznej oczodołu, wycięciu ściany zewnętrznej torbieli i stworzeniu komunikacji z jamą nosową. Gałka oczna wróciła zupełnie do prawidłowej pozycji, wynik kosmetyczny idealny.

W dyskusji kol. T. Ostrowski.

3. Kol. Gruca przedstawia *trzy przypadki schorzeń stawu krzyżowo-biodrowego.* a) Chora lat 54 po wycięciu stawu krzyżowo-biodrowego. Chora od trzech lat cierpiała z powodu rwy kulszowej. Leczenie objawowe i zdrojowiskowe sprowadzało przejściową poprawę. Od półtora roku dolegliwości powiększyły się; od 8 miesięcy bardzo silne bóle i bezsenność. U chorej stwierdzono guz wychodzący ze stawu krzyżowo-biodrowego wielkości dużej pięści. Przed dwoma miesiącami wykonano wycięcie tylnej połowy talerza biodrowego i przyległej części kości krzyżowej. Guz okazał się chrzęstniakiem przechodzącym w mięsaka — obecnie chora nie ma żadnych dolegliwości, stan ogólny poprawił się.

b) Akademik, lat 23. Od dwu lat rwa kulszowa z okresami silnych bólów wymagających leczenia. Zdjęcie roentgenowskie, wykonane przed kilku tygodniami, wykazało torbiel wielkości kurzego jaja, o ostro zarysowanych ścianach, umiejscowioną w stawie krzyżowo-biodrowym. Wewnątrz torbieli kilka martwiaków. Rozpoznano tbc. stawu. Przed 8 dniami odsłonięto torbiel po zdjęciu pokrywającej ją blaszki kości biodrowej, usunięto zserowaciałe tkanki i martwiaki. Obecnie dolegliwości ze strony nerwu kulszowego, chory bez gorączki. Rana skórna zgojona.

c) Chora lat 21. Od roku objawy ischias bardzo silne. Po kąpielach w Lubieniu poprawa, a równocześnie pojawienie się zimnego ropnia na pośladku. Roentgen wykazał zajęcie stawu krzyżowo-biodrowego. Po wyłyżeczkowaniu zimnego ropnia wykonano usztywnienie stawu przez wbicie weń gwoździa kostnego wziętego z grzebienia kości miednicowej, dla równoczesnego wzmożenia uwapnienia i odżywienia chorej okolicy, w myśl głoszonych ostatnio przez Robertsona Lavalla, Dupuy de Frenelle'a, Leriche'a i innych.

Wszystkie powyższe zabiegi na stawie krzyżowo-biodrowym chorzy znieśli bez objawów wstrząsu pooperacyjnego i powikłań, co zachęca do dalszej pracy w kierunku rozwinięcia chirurgii tej okolicy.

II. *Dwa przypadki ciał obcych.*

a) 21-letni akademik M. został przed 5 laty uderzony rączką pióra w dłoń. Rana zgoiła się. Po roku skaleczył się piłą w grzbietową stronę tej samej ręki. Przez cztery lata od czasu do czasu bóle w ręce. Przed kilku miesiącami na grzbietowej stronie guzek, w którym po usunięciu znaleziono trociny. Po kilku tygodniach rana otwarła się znowu i wydobył się kawałek rączki długości około 1 i pół cm. a po kilku dalszych wydobyto przez ten sam otwór drugi kawałek długości ponad 2 i pół cm. Usunięcie guzka z trociną stworzyło miejsce zmniejszonego ciśnienia a nastąpiło powolne wydalanie ciała obcego tkwiącego po dłoniowej stronie ku stronie grzbietowej.

b) Chłopiec 9-letni skoczył z parkanu i nabił się na drzazgę drewnianą, która zraniła go w przyśrodkowy brzeg oczodołu. Drzazgę usunięto na drugi dzień. Objawy zapalne cofnęły się, ale powstała mała przetoka, wydzielająca skąpo od czasu do czasu. Na rewizję rany ojciec dziecka nie zgodził się. Dopiero po dziewięciu miesiącach wydobyto z rany drugi kawałek drzazgi długości 3 i pół cm, szerokości 2 cm — poczem rana zgoiła się w kilku dniach.

4. Kol. Lipiński przedstawia przypadek *mocznicy płoniczej, wyleczony transfuzją krwi.* U dziewczynki, lat 5, przywiezionej na oddział zakaźny przed dwoma miesiącami, przy dodatnich wywiadach w kierunku odry, krztuśca i zapalenia płuc, przebytych przed dwoma laty, stwierdzono rozległą osutkę płoniczą przy typowych zmianach w gardzieli i ciepłocie 39°. Po kilku dniach cie-

płota wraca do normy, a dalszy przebieg, poza lekkiem powiększeniem gruczołów szyjnych, które cofnęło się samoistnie, był zupełnie łagodny. Dopiero na 23 dzień choroby przychodzi do wzniesienia ciepłoty do 40 st. Dziecko, dotychczas wesołe, staje się smutne, skarży się na silny ból głowy i ogólne osłabienie. Ilość moczu zmniejsza się do 500 ccm. Białka 1,32 promille, w osadzie znaczna ilość ciałek czerwonych, pojedyńcze wałeczki ziarniste obok nabłonków nerkowych. Mimo głodówki i djety cukrowej, występują po kilkunastu godzinach uporczywe wymioty. Po upuście krwi w ilości około 100 ccm wystąpiła nieznaczna poprawa. Po 24 godzinach tętno słabo napięte, zaznaczona niemiarowość, serce powiększone w wymiarze poprzecznym, tony serca głuche. Dobowa ilość moczu spadła do 100 ccm. Wymioty utrzymują się nadal. Po ciepłej kąpieli zapad, wreszcie utrata przytomności wśród drgawek. Wykonano nakłucie lędźwiowe. Upuszczono 30 ccm płynu mózgowordzeniowego, wydostającego się pod znacznem ciśnieniem. Po nakłuciu lędźwiowem wystąpiła nieznaczna poprawa, po kilku godzinach stan pogorszył się znowu, a ilość moczu, mimo wszelkich zabiegów, spadła po tygodniu do 20 ccm. Tętno słabo napięte, około 140 uderzeń na minutę, serce znacznie powiększone, tony serca głuche. Postanowiono wykonać przepłukanie miedniczek nerkowych, względnie, o ile stan nie uległby wyraźnej poprawie, *decapsulatio renum*. Jednakowoż już w kilka godzin stan uległ tak wyraźnemu pogorszeniu, że o wspomnianych zabiegach nie mogło być mowy. W tym beznadziejnym stanie, nierokującym dobrego wyniku, wykonano transfuzję krwi. Podano dożylnie około 250 ccm krwi w roztworze cytrynianu sodowego. Wynik przeszedł nasze najśmielsze oczekiwania. W godzinę po transfuzji wystąpiły raz jeszcze wymioty, poczem dziecko zasnęło spokojnie. Temperatura, która dotychczas utrzymywała się do wysokości 39 st., spadła po 12 godzinach od chwili przetaczania krwi, poraz pierwszy do 37,5 st. Dziecko stało się rzeźkie, domaga się jedzenia. Tętno dobrze napięte, około 110 uderzeń na minutę. Dobowa ilość moczu w 24 godzin po transfuzji wyniosła 250 ccm. Mocz zawiera białko w ilości 1,32 pro mille, w osadzie liczne krwinki czerwone, wałeczki i nabłonki nerkowe. Odtąd stan dziecka ulega stałej poprawie, tak, że chora nasza w trzy tygodnie po transfuzji opuszcza oddział zakaźny zupełnie wyleczona. Prelegent omawia mechanizm działania transfuzji krwi, wykonanej poraz pierwszy w mocznicy szkarlatynowej i zachęca do dalszego stosowania zabiegu, który w tym przypadku dał wyniki nadspodziewanie dobre. Pokazuje badania wstępne, konieczne przed wykonaniem transfuzji, celem uniknięcia nieprzyjemnych powikłań podczas przetaczania krwi. Badania te może wykonać każdy lekarz praktyk, a polegają one na makroskopowej kontroli, czy surowica krwi krwiobiórcy nie aglutynuje krwinek czerwonych krwiodawcy. Metoda ta, podana przez Wernera Schultza, a wypróbowana na znacznym materjale przez Oehleckera i Bischoffa, czynią zbędnem oznaczanie grup krwi przed przetaczaniem.

W dyskusji kol. Tomanek zaznacza, że przetaczanie krwi w czasach dzisiejszych daje pomimo zastosowania szeregu ostrożności odczyny lżejsze lub cięższe, występujące zwyczajnie około 1 godz. po zabiegu. Te odczyny występują najczęściej w postaci dreszczów, wysokiej gorączki, sinicy i znacznego przyśpieszenia tętna. Wystąpieniu tych objawów z pewnością zapobiec nie można, nawet po oznaczeniu odpowiednich grup krwi i po próbach bezpośrednich z surowicą na aglutynację krwinek. Także profilaktyczny zastrzyk małej ilości krwi z cytrynianem sodowym nie jest zawsze pewnym. Czasem chodzi tu o zjawiska mało nam znane. W czasach ostatnich Rubaszew z Moskwy zwrócił uwagę na zjawisko t. zw. autohaemoaglutynacji. Z temi odczynami, często zachodzącemi, lekarz zmuszony jest się liczyć i brać pod uwagę stan m. sercowego, ograniczając tem samem niejednokrotnie wskazania do przetaczania krwi w medycynie wewnętrznej. Przypadek przedstawiony przez kol. Lipińskiego dał piękny wynik leczniczy. Nasuwa on jednak pewne refleksje na temat możności szerszego zastosowania przetaczania krwi w razach podobnych. Mocznica popłonicza przy znacznych objawach niedomogi m. sercowego jest stanem ciężkim. Nie mogąc pewnie wykluczyć odczynu po przetoczeniu krwi oraz ocenić wytrzymałości m. sercowego, w szeregu przypadków różnych schorzeń, trzeba się cofać przed zabiegiem. I tak np. w schorzeniach krwi, a więc w niedokrwistościach, czy też w białaczkach również należy zwracać baczną uwagę na stan m. sercowego. Jedynie tylko niedomoga m. sercowego wywołana skrwawieniem, przy sercu poprzednio zdrowem, nie jest przeciwwskazaniem do przetaczania krwi. Inne postacie niedomogi zalecają dużą ostrożność. Jeżeli chodzi o mocznicę po płonicy, to taki zabieg może być dużem ryzykiem. Sądzę, że z tych względów trudno o nim myśleć w praktyce, tem bardziej, że także dawniejsze sposoby, a to wlewanie roztworu fizjologicznego soli kuchennej, również mają swoją wartość, a nadewszystko tę, że działają bezpiecznie.

Kol. Gąsiorowski przestrzega przed używaniem metody mikroskopowej przy oznaczaniu aglutynacji krwinek.

5. Kol. Elmer i Scheps omawiają przypadki *stosowania doustnie insuliny (sposobem Stephana) przy cukrzycy*. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji zabiera głos kol. Chwalibogowski i podaje, że także jego badania, przeprowadzone na 4-rgu dzieciach oddziału cukrzycowego kliniki dziecięcej, wykazały, że cholosulina nie wywiera żadnego działania na zaburzenie przemiany materji w cukrzycy. Badanie wykonane zostało na dzieciach ze stosunkowo lekką cukrzycą o tolerancji 20—40 g węglowodanów, badający uważał bowiem, że przypadki bardziej zaawansowane mogdyby w razie niedziałania cholosuliny doznać znaczniejszego pogorszenia choroby. Działanie nowego środka stwierdzał on oznaczaniem poziomu cukru we krwi oraz cukro- i ketonomoczu, ponadto ścisłą obserwacją kliniczną. Identyczne u wszystkich dzieci wyniki ilustruje najlepiej przypadek, dotyczący chłopca 8-letniego, chorego na cukrzycę od 1 i pół roku i przez cały czas choroby pozostającego w obserwacji mówcy. W tym czasie chory przebywał w leczeniu Kliniki po raz trzeci i po 6 tygodniowej kuracji tuczącej, w czasie której przybrał 5 i pół kg na wadze, nastawiony został na dietę stałą (1850 kol. i 60 g węglowodanów) oraz 2 injekcje dziennie insuliny: 8 + 6 jedn. Przy powyższem leczeniu dobowy poziom cukru we krwi wahał się między 108—196 mg %, mocz (750—1000 cm³) nie zawierał cukru ani ciał ketonowych. Stan subjektywny chorego był dobry. Waga ciała ustalona została na 26 kg. W dniu kontrolnym bez insuliny krzywa cukru wahała się między 139—258 mg %, równocześnie chory wydalił 25 g cukru w moczu. Po ponownem ustaleniu chorego na przedstawione powyżej leczenie stałe, rozpoczęto badania nad cholosuliną. W pierwszym i drugim dniu podano po 20 jednostek (kropli) i stwierdzono, że zarówno poziom cukru we krwi, jak i cukromocz przedstawiają się tak, jak w dniu kontrolnym bez insuliny, krzywa cukru wahała się bowiem między 137—246 oraz 141—234 mg %, a cukier w moczu = 28 i 32 g. W ciągu następnych zaś 7 dni pomimo stopniowego podwyższania dawki cholosuliny do 50 kropli (jednostek), zarówno krzywa cukru, jak i cukromocz wykazywały stały stopniowy wzrost i osiągnęły w dziewiątym dniu 382 mg% oraz 48 g. W dodatku czwartego dnia pojawił się w moczu chorego aceton i kwas aceto-oct., które, narastając stopniowo, pod koniec badania (9 dzień podawania cholosuliny) osiągnęły wartości spotykane w stanach przedśpiączkowych. Także i obserwacja kliniczna wykazywała pogarszanie się choroby: do 7 dnia wzrost pragnienia i łaknienia, w 8-mym i 9-tym dniu spadek łaknienia oraz utratę pogodnego dawniej usposobienia, ponadto spadek wagi ciała o 1.200 g.

Po 9-ciu dniach podawania cholosuliny ze względu na niebezpieczeństwo śpiączki musiano powrócić do injekcji insuliny, a wysoka ketonurja dała wskazanie do diety bezbiałkowej. Skoro zaś po 4 dniach powyższej diety powrócono do dawnej diety stałej z 60 g węglowodanów i 10% białka okazało się, że do wyrównania choroby przy powyższej diecie potrzeba podwójnie wysokich dawek insuliny, mianowicie 18+12 jednostek dziennie. Chory doznał zatem takiego samego pogorszenia choroby względnie spadku tolerancji, jaki obserwuje się w przypadkach, które po okresie leczenia insuliną z tych lub innych powodów przechodzą na leczenie wyłącznie dietetyczne.

Ponieważ w pozostałych trzech przypadkach mówca miał takie same wyniki, dołącza się do zdania kol. Elmera i Schepsa i uważa, że cholosulina Stephana nie wywiera na drodze doustnej żadnego działania obniżającego na cukier we krwi i nie nadaje się do leczenia cukrzycy.

6. Kol. Schusterówna przedstawia:

a) *Tętniaka workowatego wielkości głowy dziecka*, wychodzącego z łuku tętnicy głównej. Tętniak przebił górną część mostka, zniszczył obojczyk po stronie prawej i wypukłał się ku przodowi na klatce piersiowej, wywołując znaczne zcieńczenie skóry. Preparat pochodził od mężczyzny 60-letniego, zmarłego na klinice chorób wewnętrznych. Tętniak powstał na tle kiły.

b) *Guza wielkości głowy noworodka*, wyciętego operacyjnie i przysłanego do badania drobnowidowego z rozpoznaniem: *Carcinoma colonis tranversi cum perforatione*. Nowotwór na przekroju przedstawia tkankę białawą, nader kruchą i suchą. Drobnowidowo wykazywał utkanie raka płaskokomórkowego w wysokim stopniu rogowaciejącego, wychodzącego ze ściany torbieli skórzastej. Miejscami, rozpadając się, przebił do światła jelita grubego.

c) *Jajo płodowe z pierwszego miesiąca ciąży* z dobrze zachowaną kosmówką, stwierdzone wśród skrzepów krwi, które wy-

szły z macicy. W przypadku tym, dotyczącym kobiety starszej, podejrzewano raka macicy.

W dyskusji przemawia kol. Olszewski.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 7 lutego 1930.
Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1. Przewodniczący wygłasza przemówienie, w którem zachęca członków Towarzystwa do żywego udziału czynnego w posiedzeniach naukowych i zaprasza Towarzystwa Kolegów specjalistów oraz Koła lekarzy szpitalnych do współpracy. Zaleca następnie zajęcie się tematami z zakresu medycyny społecznej, w czem szczególnie koledzy pracujący w Kasach chorych mogliby się Towarzystwu przysłużyć przez zużytkowanie dla jego celów olbrzymiego materjału, jakim rozporządzają. Wreszcie mówca przypomina zagadnienia sanitarne i zdrowotne miasta i państwa, jakoteż zagadnienia zawodowe, któreto sprawy powinny również zająć należne miejsce w pracach Towarzystwa.

Następnie Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne dwu Członkom honorowym Towarzystwa: Drowi Kazimierzowi Zielińskiemu, zmarłemu w Warszawie w dniu 18. stycznia 1930 r., i Prof. Dr. Benedyktowi Dyboskiemu, zmarłemu we Lwowie w dniu 31. stycznia 1930. Przemowy żałobnej wysłuchali obecni stojąc.

2. Kol. Nowicki przedstawia i omawia preparaty anatomiczno-patologiczne:

a) *odmy pęcherzykowej jelita grubego* Nr. 40/30., u mężczyzny 39 letniego z rozedmą płuc, przerostem serca prawego i ogólnem przekrwieniem żylnem na tle niedomogi serca; w części wstępującej jelita grubego, bardzo silnie żylnie przekrwionego, stwierdzono poduszkowate poprzeczne wyniosłości, dochodzące wielkości śliwki, a w zakresie ich mniej lub bardziej liczne pęcherzyki gazowe, dochodzące wielkości główki szpilki; pęcherzyki zajmują wszystkie warstwy jelita, niektóre z nich wyścielone są częściowo komórkami olbrzymiemi;

b) *odmę pęcherzykową przewlekłą żołądka* Nr. 100/30, u mężczyzny 42 letniego, u którego wykonano otwarcie brzucha z powodu niedrożności, wywołanej zagięciem jednej pętli jelita biodrowego, spowodowanem krótkim starym zrostem między ramionami tejże pętli; pętla ta dawniej była treścią przepuklinową; chory zmarł z powodu ropnego zapalenia otrzewnej. Jako zmianę przypadkową w żołądku rozszerzonym i bardzo silnie przekrwionym, stwierdzono w rozpulchnionej błonie śluzowej dna żołądka na przestrzeni dwóch dłoni wyniosłości z licznemi pęcherzykami gazowemi wielkości ziarna maku do wielkości główki szpilki. Pęcherzyki zajmują wszystkie warstwy żołądka, a mają utkanie dla odmy typowe.

Mowca omawia sposób powstawania i etjologję przewlekłych odm pęcherzykowych, podnosząc niezmiernie rzadkie pojawianie się jej w żołądku, najczęstsze w pochwie. Zdaniem jego, już dawniej wypowiedzianem, silne przekrwienie błony śluzowej jest momentem ułatwiającym w wysokim stopniu powstawanie odmy. Przypadki przedstawione potwierdzają to zapatrywanie. Przyczyna u człowieka niewątpliwie przyrody drobnoustrojowej;

c) *potworniaka torbielowego, mięsakowaciejącego w jamie opłucnowej lewej.* U kobiety 29 letniej. Nr. 69/30., torbiel wielkości melona średniego wypełnia jamę opłucnową lewą, doprowadzając do zaniku wysokiego stopnia płuco lewe i uciskając na serce; torbiel wypełniona jest treścią półpłynną krwawą, z ścian jej bujają kuliste i grzybiaste miękkie guzy mnogie, na powierzchni gładkie o utkaniu mięsaka wrzecionowato-komórkowego, od strony przepony tkanka mięsakowa przebija ścianę torbieli w kierunku przepony. W związku ze zmianami uciskowemi są przekrwienia żylne. W ścianie torbieli stwierdzono nadto liczne punkcje oskrzelików płodowych. Mówca omawia torbiele klatki piersiowej i ich pochodzenie. W przypadku przedstawionym sprawa wychodzi najprawdopodobniej z oskrzela.

3. Kol. Ostrowski T. przedstawia 2 przypadki *raka odbytnicy, dotyczące osobników młodych* w wieku lat 20—30. Obydwaj chorzy pozostawali w leczeniu swych lekarzy domowych, którzy nie badając ich *„per rectum“*, ze względu na młody wiek nie podejrzewali raka i stosowali leczenie zachowawcze, jak przy guzach krwawniczych odbytu. Przy objęciu tych chorych w leczenie O. stwierdził daleko posunięte zmiany nowotworowe, nadające się jeszcze do operacji doszczętnej. Z naciskiem zwraca uwagę na bezwzględny obowiązek lekarza badania takich chorych *„per rectum“*, bez względu na młody, nawet dziecięcy, wiek chorych, gdyż stać należy na tem stanowisku, że rak nierzadko występuje u osobników młodych, i w tych przypadkach ma przebieg szczególnie złośliwy, dając bardzo wcześnie liczne przerzuty. — Obydwa przypadki były operowane drogą krzyżową z usunięciem mięśni zwieracza, z powodu niskiego umiejscowienia nowotworu. W wypadkach takich O. nie jest zwolennikiem wytwarzania na drodze plastycznej nowego zwieracza, gdyż zdaniem jego te nieraz skomplikowane metody operacyjne rzadko bardzo dają korzystne wyniki, podczas gdy wszycie dolnego odcinka kiszki grubej blizko kości krzyżowej z wytwarzaniem szerokiego międzykrocza i dość ciasnem obszyciem otworu kiszki daje czynnościowe wyniki najlepsze. Chorzy nie używają żadnych pelot, noszą zwykłe podpaski i z biegiem czasu, przy odpowiedniej diecie i przestrzeganiu regularnego wypróżniania, odzyskują normalną zdolność do pracy. Zakładanie w takich przypadkach sztucznego odbytu na brzuchu uważa prelegent za mniej odpowiednie.

W dyskusji Kol. Nowicki podnosi stosunkowo częste stwierdzania raka esicy i odbytnicy u osobników młodych, nawet poniżej 20 roku życia; przypadki takie stwierdzał sekcyjnie a także w materjale badanym biooptycznie. Wiek młody niepowinien odsuwać myśli o istnieniu raka, jeżeli tylko zachodzą objawy, stwierdzane przy raku odbytnicy, względnie esicy. Mówca przytacza historję przypadków podobnych, ostatnio u 18 letniego młodzieńca.

Kol. Bącz uważa zszywanie części miękkich warstwowe, po wielkim ubytku i stworzenie podpory przeciw tłoczni brzusznej jako bardzo racjonalny zabieg, który jednak nie daje zupełnej gwarancji przeciw *incontinentia alvi.* Zapytuje więc prelegenta, w jaki sposób zabezpiecza się przeciw temu powikłaniu.

Kol. Bącz widział, i sam stosował z korzyścią przeciw *incontinentia alvi* metodę Jevsiniego, t. j. okręcenia końca *rectum* naokoło osi podłużnej o 180—230°. Prognoza — zdaniem prelegenta — u młodych osobników po doszczętnym zabiegu na odbytnicy jak wogóle u młodocianych nie jest dobra.

Na dowód złośliwości raka u młodocianych osób poniżej lat 20 pokazuje Kol. Bącz dwie fotografje 19-to letniego wieśniaka z rakiem wargi dolnej, operowanego w marcu 1902 r. Pomimo doszczętnej operacji z wyłuszczeniem gruczołów podszczękowych już w sierpniu wystąpiła rozległa recydywa z naciekiem na szczęce dolnej i krtani i ze znacznem charłactwem nowotworowem i chorzy nie nadawali się więcej do dalszej operacji.

4. Kol. K. Wernicki przedstawia *„Pantesiobolometr“*, aparat uniwersalny do oznaczania tętniczego i żylnego ciśnienia krwi oraz sfigmobolometrji. (Wykład przeznaczony do druku).

W dyskusji przemawiają Kol. Stauber, Węgrzynowski, Falkiewicz A.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 14 lutego 1930.
Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1. Kol. K. Budzanowski przedstawia *przypadek choroby Mikulicza,* dotyczący osobnika 66-letniego. Chory przed 3 laty po raz pierwszy cierpiał na podobne objawy. Obecnie zauważył przed 3 mies. nawrót choroby, z czem zgłosił się do kliniki ocznej. Przedmiotowo stwierdza się symetryczny obrzęk i opadnięcie powiek, przez co szpara powiekowa zwęża się znacznie po stronie skroniowej. Gruczoły łzowe są wybitnie powiększone, do wielkości małej śliwki, niebolesne, przesuwalne względem otoczenia. Całość nadaje charakterystyczny dla choroby Mikulicza oszpecający wygląd twarzy. Po odwinięciu powiek widać w załamkach górnych i dolnych wałowate przerosty na obu oczach. Ciekawe zmiany znajdują się w jamie ustnej, gdzie poza zupełnym brakiem uzębienia widać na podniebieniu twardem w okolicy odpowiadającej wyrostkom zębodołowym części tylnej dwa symetryczne guzy wielkości jaja gołębiego, twarde, niebolesne, zrośnięte z otoczeniem. Błona śluzowa policzków oraz warg wykazuje twarde drobne nacieczenia. Pozatem stwierdza się powiększenie całego systemu gruczołowego oraz nieznaczne powiększenie śledziony. Obraz cytologiczny krwi wykazuje względną limfocytozę (41% limfocytów przy ogólnej ilości ciałek białych 10,600). Odczyn Wassermanna dodatni, odczyn Pirqueta lekko zaznaczony. Badanie drobnowidowe gruczołu i skrawka z przerostu spojówki wykazuje identyczne utkanie, mianowicie zatarcie budowy adenoidalnej i przerost tkanki limfoblastycznej. Na podstawie całego obrazu klinicznego rozpoznać można rzadki obraz choroby Mikulicza, bo ograniczający się tylko do zajęcia gruczołów łzowych, a więc w postaci atypowej, oraz aleukemję limfatyczną, która jest niejako podłożem dla zespołu chorobowego Mikulicza. Przypadek ten jest powikłany obecnością kiły, którą należy przyjąć na podstawie dodatniego odczynu Wassermanna. Kol. Budzanowski nie uważa jednakże kiły jako czynnika etjologicznego, raczej jest skłonny przyjąć, że mamy tu do czynienia z przypadkowem połączeniem tych dwu chorób.

Mowca omawia ponadto różne postacie kliniczne choroby Mikulicza, oraz etjologję i budowę anatomo-patologiczną.

W dyskusji Kol. B a r ą c z pokazuje fotografje dwóch chorych, obserwowanych w 1897 i 1899 r., przedstawiających typowy obraz *choroby Mikulicza* z usadowieniem w śliniankach bez równoczesnego zajęcia gruczołów łzowych: w jednym przypadku symetryczne zajęcia ślinianek podszczękowych (wieśniak), w drugim (ksiądz) obu gruczołów podjęzykowych. Zmiany w gruczołach podjęzykowych, które wyłuszczył w drugim przypadku w celu kosmetycznym ograniczały się do nacieku drobnokomórkowego naokoło *acini*, z przejściem miejscowo w tkankę łączną. Co do drogi zakażenia w przypadkach zajęcia ślinianek należałoby myśleć o wniknięciu jakiegoś nieznanego jadu drogą przewodów ślinowych. W niektórych przypadkach choroba sadowi się także w gruczołach Blandina Nuhna albo w gruczołach podniebiennych jak w przypadku Kol. B u d z a n o w s k i e g o. Prognoza tego schorzenia *quoad vitam dobra*, nie jest dobra *quoad valetudinem*. Tylko przy zajęciu ślinianek podszczękowych lub podjęzykowych można usunąć chorobę doszczętnie drogą operacyjną. Leczenie arsenem i jodkiem potasu oraz *promieniami Roentgena* miały oddawać dobre wyniki.

Prócz tych zwykłych przypadków są opisane przypadki powikłane powiększeniem gruczołów chłonnych i śledziony ze zmianami we krwi (objawy pseudoleukemji lub leukemji).

W przypadku Kol. B u d z a n o w s k i e g o, wydają się Kol. B a r ą c z o w i równoczesne objawy kiły jako *coincidentia* przypadkowe.

Kol. N. G ą s i o r o w s k i podnosi znaczenie nieswoistego odczynu Wassermanna, który w tym przypadku, jako taki, mógłby być objawem, towarzyszącym chorobie Mikulicza.

Kol. N a r ó g przytacza podział choroby Mikulicza, według Brunna, na przypadki bez zmian we krwi i ze zmianami we krwi. Do pierwszej grupy należą: symetryczny obrzęk gruczołów łzowych i ślinianek lub symetryczny obrzęk samych gruczołów łzowych lub też obrzęk samych ślinianek z zajęciem lub też bez zajęcia gruczołów limfatycznych i śledziony; do drugiej grupy zalicza się ciężką niedokrewność, białaczkę rzekomą, niedorozwój szpiku kostnego i białaczkę. Zakażenie częstokroć było pochodzenia zewnętrznego, jak przez jamę ustną, chociaż w typowym przypadku opisanym przez Mikulicza zakażenie nastąpiło z worka spojówkowego. Wspomina o swoim przypadku opisanym w r. 1924. w Pol. Gaz. lek. N. 16 i 17., w którym wystąpił symetryczny obrzęk gruczołów łzowych i ślinianek, a zakażenie nastąpiło z jamy ustnej wskutek zepsucia zębów. Na uwagę kol. Gąsiorowskiego, czy Wassermann nie jest towarzyszącym objawem choroby Mikulicza, przytacza kol. Naróg, że na 100 przypadków zebranych w piśmiennictwie tylko w 2 przypadkach był W. dodatni; w razie dodatniego Wassermanna należałoby zatem przyjąć zakażenie kiłowe jako przyczynę powstania tego zespołu objawów chorobowych.

Ponadto w dyskusji zabierał głos Kol. M u s i a ł A.

2. Kol. St. L a s k o w n i c k i przedstawia szereg pyelografij po wypełnieniu miedniczki 30% roztworem *natr. brom.*: a) *Hydronephrosis et Hydroureter* z powodu zwężenia moczowodu, b) przypadek, gdzie powodem wodonercza jest ruchomość nerki *(ren migrans)*, c) rozszerzenie miedniczki *(pyelectasia)*, gdzie przez zbyt silne wstrzyknięcie roztworu bromku sodu wypełniły się nietylko miedniczki i kielichy, ale płyn kontrastowy przedostał się wgłąb miąższu nerkowego w postaci smug — tak, że cała nerka stała się na zdjęciu wyraźnie widoczna. Chora poza bólami miernego stopnia, trwającemi kilka godzin po pyelografji, nie miała żadnych innych dolegliwości, nerka nastrzykana pracowała zupełnie prawidłowo. d) przypadek obustronnej kamicy nerkowej wyleczony operacyjnie. Najpierw operowano po stronie lewej (2 kamienie wielkości grochu i fasoli — jeden w miedniczce, drugi w kielichu dolnym), gdyż kamień uwięzgnął w moczowodzie i nerka zupełnie nie wydzielała. Kamień cofnięto do miedniczki i usunięto przez nacięcie miedniczki *(pyelotomia posterior)*, drugi kamień przez nacięcie nerki *(nephrotomia, calicetomia inferior)*. W 6 tygodni po pierwszym zabiegu wykonano drugi. Z miedniczki usunięto po nacięciu jej kamień wielkości orzecha włoskiego i trzy kamienie wielkości orzecha laskowego, następnie wykonano w dwu miejscach odpowiadających kielichowi środkowemu i dolnemu nefrotomję częściową i wyjęto dwa kamienie wielkości fasoli. W kielichu środkowym była treść ropna. Chora oba zabiegi zniosła dobrze, rany zgoiły się *per primam*. Mieliśmy tu do czynienia z przypadkiem kamicy lewostronnej niezakażonej i prawostronnej zakażonej. Wobec tego, że nerka prawa pomimo zakażenia dobrze wydzielała barwik (indygotropinę po 4 minutach, o intenzywnem zabarwieniu), starano się o utrzymanie nerki, co w zupełności się udało. Przypadek powyższy świadczy o tem, że przy pewnych ostrożnościach i staraniach w czasie operacji (staranne okrycie pola operacyjnego, delikatne obchodzenie się z tkankami, aseptyka), udaje się nam nerkę utrzymać pomimo zakażenia. Ten zachowawczy sposób leczenia powinien być stosowany zwłaszcza w przypadkach kamicy obustronnej, a także i w kamicy jednostronnej niezakażonej powinniśmy się starać utrzymać nerkę — zasadą, której niestety wielu nie przestrzega, usuwając zbyt pochopnie nerkę, gdzie przy pewnej cierpliwości i znajomości techniki operacyjnej, udaje się prawie zawsze usunąć tylko kamień a pozostawić samą nerkę o dużych zwykle ilościach zdrowego i dobrze pracującego miąższu.

W dyskusji zabiera głos Kol. T. O s t r o w s k i.

3. Kol. A d a m-F a l k i e w i c z o w a przedstawia przypadek *obustronnego guza zaułka mostowomóżdżkowego*. Chory 45-letni choruje od 4—5 lat. Najwcześniejszym objawem miała być chwiejność i niepewność przy chodzeniu, która doprowadziła w dalszym ciągu do tego, że chory nie mógł wcale chodzić, leżał stale w łóżku. Przed trzema laty wystąpił zez naprzód na prawem, w jakiś czas potem i na lewem oku. Mniej więcej w tym czasie pojawił się szum w uszach i upośledzenie słuchu, pogarszające się stale tak, że ostatnio nie słyszał chory zupełnie. Ponadto podawał chory w wywiadach utrudnienie mowy, zachłystywanie się, wracanie płynów nosem. Bóle głowy miał od początku choroby, jednak nie o wielkiem nasileniu tak, że na ten objaw zwracał stosunkowo najmniej uwagi. Badaniem przedmiotowem stwierdzono obustronną głuchotę, ze zniesieniem pobudliwości kalorycznej n. przedsionkowego, obniżenie odruchu rogówkowego obustr., niedowład prawego n. twarzowego o typie obwodowym, porażenie m. prostego zewnętrznego oka obustr., i welon. prawego, porażenie podniebienia, wybitne objawy móżdżkowe i wyraźne objawy piramidowe obustronne, z przewagą strony prawej, brak zmian na dnie oka. Na zdjęciu roentg. pogłębienie tylnej jamy czaszki, lekkie pochylenie ku przodowi wyrostków klinowych tylnych, rozszerzenie po stronie lewej otworu słuchowego wewn.

Prelegentka po omówieniu rozpoznania podnosi rzadki objaw przy guzie zaułka, mianowicie brak zmian ze strony dna oka przytaczając autorów, którzy opisali to we własnych przypadkach. Następnie nadmienia o nieoczekiwanie dobrym wyniku leczniczego naświetlenia promieniami Roentgena, po którem stan chorego w porównaniu z dniem przyjęcia do kliniki znacznie się poprawił.

W dyskusji zabierają głos Kol. D o m a s z e w i c z i Kol. R o t h f e l d.

4. Kol. K. S z u m o w s k i przedstawia *rzadki przypadek wady rozwojowej nosa w postaci podwójnego nosa zewnętrznego szczątkowego (nasus externus accessorius rudimentarius)* u oseska 3-miesięcznego płci męskiej, obserwowany w Klinice Otolaryngologicznej U. J. K. Na szerokim i spłaszczonym nosie zewnętrznym o długości 25 mm, szerokości 23 mm i wysokości 12 mm, znajduje się twór, przypominający kształtem nos zewnętrzny o długości 16 mm, szerokości 15 mm i wysokości 7 mm. Na tym dodatkowym nosie zewnętrznym dają się zauważyć skrzydełka nosowe, szczyt nosa i szczątkowe otwory nosowe w postaci dwu dołków, ślepo się kończących. Na grzbiecie dodatkowego nosa zaznacza się wgłębienie głębokości 5 mm i szerokości 5 mm, również ślepo się kończące. Skrzydełka nosowe są znacznie twardsze od pozostałych części nosa dodatkowego, tak, że można przypuszczać obecność w nich tkanki chrzęstnej. Pozatem zwraca uwagę znaczna odległość między obu kątami wewnętrznemi oczodołu, wynosząca 32 mm, pozwalająca przypuszczać obecność zmian patologicznych w strukturze kostnej czaszki. I rzeczywiście zdjęcie roentgenowskie czaszki, wykonane z przodu i z boku, wykazuje ubytek owalny w linji pośrodkowej pomiędzy kośćmi nosowemi a wyrostkiem nosowym kości czołowej oraz wpuklający się do tego ubytku worek zawierający *meningocoele*. Ubytek ten w kości można wyczuć również palcem, a nawet zauważyć można lekkie wypuklanie się tej okolicy przy kaszlu lub płaczu. Nos właściwy zmian patologicznych nie wykazuje, tak samo nie można stwierdzić zgłębnikiem jakiejś komunikacji między obu nosami. Pozatem u dziecka zupełnie zresztą normalnego w zakresie innych narządów zmian nie stwierdza się. Wada ta powstała prawdopodobnie już w pierwszych tygodniach życia płodowego, gdyż, jak podaje matka, dziecko urodziło się już z zupełnie wykształconym drugim nosem, tak, jak go widzi się obecnie. Kol. S z u m o w s k i omawia rozwój embrjologiczny nosa oraz przypuszczalną hipotezę powstania tej wady, podkreślając możliwość pewnego wpływu embrjologicznego pomiędzy *meningocoele* a dodatkowym nosem ze-

wnętrznym. W piśmiennictwie i wogóle w podręcznikach nie znalazł podobnego przypadku.

5. Kol. W. Ziembicki wygłasza wspomnienie o ś. p. Prof. Benedykcie Dybowskim (przeznaczone do druku w P. G. L.).

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Memorjał Okręgu i Obwodu Lwowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego w sprawie przymusowego roku praktyki lekarzy po ukończeniu studjów.

Rozporządzenie wykonawcze Pana Ministra W. R. i O. P. wprowadza z dniem 1 lipca b. r. ustawowo wymagany rok praktyki szpitalnej obowiązkowej dla lekarza przed rozpoczęciem zawodu lekarskiego. Zw. L. P. P. Okręg Lwów, uznając istotną konieczność wyszkolenia praktycznego młodego lekarza, przed rozpoczęciem zawodu, pragnie zwrócić uwagę sfer kompetentnych na ciężkie położenie materjalne większości młodych lekarzy absolwentów, których byt materjalny ulegnie dalszemu znacznemu pogorszeniu z chwilą wejścia w życie wspomnianego rozporządzenia. Lekarz, który z dniem otrzymania dyplomu, traci dotychczasową pomoc, przeważnie państwową, jak to: stypendjum państwowe lub inne, prawo mieszkania w domach akademickich, korzystania z bezpłatnych kuchni akademickich, zmuszony był niejednokrotnie do szukania natychmiastowego płatnego zajęcia z pominięciem bezpłatnej praktyki szpitalnej. Działo się to wprawdzie ze znaczną szkodą dla jego wyszkolenia i ze szkodą dla chorych, ale było rzeczą konieczną ze względu na warunki jego egzystencji.

Jak wiadomo dzisiejsza młodzież medyczna w 90% wywodzi się ze sfer biednych i zdana jest przez cały czas studjów na dobroczynność państwową i publiczną, uzupełniając ją heroicznemi nieraz wysiłkami zdobycia podstaw materjalnych w pracy zupełnie nieodpowiedniej jej zadaniu. Publicznie wiadomem jest, że młodzież medyczna musiała z konieczności przyjmować zajęcie w sklepach, pisarskie zajęcia w instytucjach finansowych, a w ostateczności najmowała się nawet do noszenia węgla w zimie, ażeby zarobić na nędzne utrzymanie.

Wobec tych stosunków jest oczywistem, że z chwilą uzyskania dyplomu uniwersyteckiego, młody lekarz pozbawiony wszelkiej wspomnianej pomocy publicznej, stanie w położeniu bez wyjścia. Tu pomoc doraźna na ten rok praktyczny jest nieodzowną potrzebą społeczną. Opłata pieniężna, choćby skromna praktykanta za jego pracę w czasie obowiązkowej praktyki szpitalnej przez zarządy szpitala byłoby wyjściem najprostszem, zwłaszcza, że tą drogą rozwiązano już sprawę w Niemczech z pożytkiem. Wobec skromnych budżetów szpitalnych, które zmusiłyby nieraz szpitale do ograniczenia i to znacznego praktykantów ze szkodą dla nich i z pokrzywdzeniem ustawy, wydaje się konieczną materjalna współpomoc innych czynników, zwłaszcza najbardziej zainteresowanych. W razie niemożności płacy za pracę praktykanta najbardziej celowem byłoby utworzenie stypendjów na czas praktyki rocznej. W tworzeniu stypendjów musiałyby uczestniczyć w pierwszym rzędzie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia), Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Kasy Chorych) i Instytucje Samorządowe, utrzymujące szpitale, bo te trzy czynniki przedewszystkiem będą korzystały w przyszłości z pomocy lekarzy i na ich wyszkoleniu fachowem powinno tym czynnikom najbardziej zależeć. Dziś Ministerstwo Wyznań R. i O. P. utrzymuje studenta dając mu stypendjum studenckie, obowiązek pomocy dla lekarza dyplomowanego w czasie jego praktyki rocznej powinny objąć inne czynniki, głównie wspomniane powyżej.

W tem głębokiem przekonaniu, że odjęcie troski o byt lekarzowi w czasie jego obowiązkowej praktyki rocznej przyczyni się istotnie do pogłębienia jego wiedzy fachowej z wielką korzyścią dla chorych i umożliwi młodemu lekarzowi wyjście z cięż-
P. utrzymuje studenta dając mu stypendjum studenckie, obowiązek pomocy dla lekarza dyplomowanego w czasie jego praktyki rocznej powinny objąć inne czynniki, głównie wspomniane powyżej.

Prezes Obwodu Lw.: *Dr. W. Lipiński.* Prezes Okręgu Lw.: *Dr. Daum.*

W sprawie kursu analiz lekarskich, urządzonego przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

Akcja rozpoczęta przez Z. L. P. P. Okrąg i Obwód Lwów, a skierowana przeciw niesłusznym uprawnieniom dla absolwentów kursów warszawskich dobiega do korzystnego zakończenia. Memorjał nasz w tej sprawie, umieszczony w czasopismach lekarskich i rozesłany do Wydziałów Lekarskich wszystkich Uniwersytetów w Polsce oraz do Izb Lekarskich, znalazł tam silny oddźwięk i wywołał gorące protesty przeciw dążeniom P. Z. H. w Warszawie, mającym na celu uzyskanie państwowych koncesji na samodzielne prowadzenie pracowni przez nielekarzy, absolwentów tego kursu. *Dziś mamy prawo żądać wykonania naszych słusznych postulatów, opierając się na jednomyślnem stanowisku zrzeszeń lekarskich najbardziej kompetentnych.*

Jak wynika z przytoczonych odpowiedzi, nadesłanych do Z. L. P. P. Okrąg Lwów, *zrzeszenia te stoją silnie na stanowisku, że samodzielne prowadzenie pracowni analiz lekarskich może być powierzone jedynie lekarzom. Jednomyślne opinje Wydziałów Lekarskich i Izb Lekarskich są najlepszem potwierdzeniem słuszności naszego stanowiska.*

Z przytoczonych opinji wynika chyba jasno, i możemy patrzeć spokojnie w przyszłość, bo sfery miarodajne nie zechcą z pewnością pominąć i sprzeciwić się jednolitemu stanowisku tak poważnych ciał lekarskich.

---

1) Odpis.

Uniwersytet Warszawski. — Dziekan Wydziału Lekarskiego.
Warszawa, dnia 10 marca 1930 r.

Do Związku Lekarzy Państwa Polskiego Okręgu Lwowskiego we Lwowie.

Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego na posiedzeniu z dnia 7 marca b. r. po rozpatrzeniu pisma Okręgu Lwowskiego Zw. L. P. P. z dnia 10. II. b. r. L. 424/30 w sprawie wykonania analiz lekarskich w związku z kursem, zorganizowanym przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie dla lekarzy, przyrodników, farmaceutów, chemików i osób, nie posiadających studjów wogóle, ustala rzeczy następujące:

1) analizy lekarskie mają duże znaczenie rozpoznawcze i lecznicze,

2) ich wykonanie jest bardzo często połączone z zabiegami o charakterze ściśle lekarskim (nakłucie żyły celem pobrania krwi, nakłucie lędźwiowe, zgłębnikowanie żołądka, dwunastnicy i t. d.) które będąc nieumiejętnie wykonane, mogą poważnie zagrażać zdrowiu, a nawet życiu chorego,

3) by analiza lekarska miała wartość djagnostyczno-leczniczą, jej wykonawca powinien nietylko umieć ją przeprowadzić ściśle pod względem metodycznym, lecz powinien rozumieć znaczenie, które ono może posiadać tak w całości, jak i w poszczególnych częściach, ta zaś umiejętność nie może być zdobyta bez wykształcenia klinicznego.

Rada Wydziału lekarskiego zaznacza przytem, że publiczność często zwraca się do osób, wykonywujących analizy, bez poprzedniego porozumienia się z lekarzem i otrzymuje analizy bezwartościowe dla lekarza.

Biorąc to wszystko pod uwagę Rada Wydziału Lekarskiego stanowczo wypowiada się przeciwko nadawaniu jakichkolwiek świadectw, które mogłyby służyć jako podstawa do uzyskania koncesji na samodzielne wykonywanie analiz lekarskich, przedewszystkiem osobom nie posiadającym wyższych studjów wogóle, a następnie równie przyrodnikom i farmaceutom. Przyrodnicy i farmaceuci natomiast mogą być najwyżej zużytkowani zastępczo w braku lekarzy, jako siły pomocnicze, pracujące pod kierownictwem lekarzy.

Ponadto Rada Wydziału Lekarskiego jest głęboko przekonana, że nadawanie prawa samodzielnego wykonywania analiz lekarskich pracownikom, do tego nie powołanym, nietylko godzi w interesy chorych, lecz jednocześnie przyczynia się do dalszej pauperyzacji stanu lekarskiego, a tem samem pośrednio do obniżenia się jego poziomu naukowego, co jest wysoce niepożądane ze stanowiska lekarskiego.

Dziekan mp.

Odpis 2).

Warszawa, 29. marca 1930.

Do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Departament Służby Zdrowia w miejscu.

W sprawie wydania koncesji na prowadzenie pracowni analitycznych do badań diagnostycznych wydzielin organizmu ludzkiego.

I. Stan rzeczy przed wskrzeszeniem Polski.

W zaborach austrjackim i niemieckim badania wydzielin ustroju ludzkiego wykonywały wyłącznie szpitale, kliniki, zakłady lecznicze i nieliczne laboratorja prywatne pod kierunkiem lekarzy. W zaborze rosyjskim udzielono zezwoleń prywatnym osobom, lekarzom i nielekarzom na prowadzenie gabinetów chemiczno-bakterjologicznych. (Zbiór praw i rozporządzeń lekarskich oraz sanitarnych. Wydanie Departamentu Medycznego t. III. Str. 7—8). Zarządzać niemi mógł każdy lekarz, który studjował kliniczne metody badania produktów patologicznych przy różnych chorobach i był dobrze obznajomiony z chemiczno-bakterjologicznemi badaniami rozmaitych wydzielin organizmu ludzkiego a również i inne osoby o wyższem wykształceniu, które specjalnie pracowały w zakresie chemji medycznej, chemicy, farmaceuci. Gabinety w myśl przepisów rosyjskich były otwierane przez lekarzy, po uprzedniem zawiadomieniu właściwego Wydziału Lekarskiego Rządu Gubernjalnego lub Zarządu Lekarskiego o zamiarze otwarcia takiego gabinetu, przez inne zaś osoby po uzyskaniu na to zezwolenia Gubernjalnego Zarządu Lekarskiego.

II. Stan po wskrzeszeniu Polski.

Powyższe przepisy dotychczas nie zostały zniesione, zachowują po dziś dzień swoją moc prawną. W Warszawie sprawę zezwoleń na otwieranie pracowni analitycznych do badań diagnostyczno-lekarskich wziął w swe ręce początkowo Wydział Zdrowia przy Komisarjacie Rządu m. St. Warszawy, mniej więcej zaś po roku przejął na Warszawę i całą Polskę Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Swoją decyzję Departament opiera na każdorazowej opinji Państwowego Zakładu Higjeny. Od tego czasu Zakład ten rozpoczął urządzanie specjalnych kursów analiz lekarskich, z których obecnie odbywa się już 2 kurs. Kurs trwa prawie 6 miesięcy. Jego program obejmuje „całokształt badań potrzebnych do wykonywania analiz lekarskich, a mianowicie a) z bakterjologji: diagnostykę bakterjologiczną chorób zakaźnych), b) z serologji: sero-diagnostykę chorób zakaźnych, sero-diagnostykę kiły, c) z mikroskopji klinicznej: hematologję, badania na zimnicę, krętkowce, robaki, grzybki chorobotwórcze, d) badania chemiczne i mikroskopijne moczu, kału, zawartości żołądka, płynu mózgowo-rdzeniowego, wysięków i tp., e) z chemji klinicznej: badania ilościowe moczu i krwi, f) podstawowe wiadomości z anatomji histologji i fizjologji". Po ukończonym kursie odbywa się egzamin wobec komisji urzędowej, po którym słuchacze otrzymują świadectwa tymczasowe, stwierdzające, że są pod względem naukowym przygotowani do wykonania badań lekarskich. Po ukończeniu kursu Państwowego Zakładu Higjeny, Państwowy Zakład Higjeny wymaga półrocznej praktyki w jednej z pracowni, zaaprobowanych przez Zakład. Obecnie do takich pracowni należą pracownie Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Lublinie i Wilnie. Instytut mikrobiologiczny w Poznaniu, Kasa Chorych w Warszawie, Szpitala Starozakonnych w Warszawie, pracownia miejska w Warszawie, oraz prywatne pracownie dra Prosa i dra Kranza, obydwie w Warszawie. Po półrocznej praktyce w jednej z wymienionych pracowni Państwowy Zakład Higjeny wydaje "świadectwo, które daje prawo do uzyskania zezwolenia (koncesji) na samodzielne prowadzenie pracowni analiz lekarskich". Kwalifikacje potrzebne do przyjęcia na kurs są następujące: „ukończone studia wyższe 1) lekarskie, 2) farmaceutyczne, 3) przyrodnicze, 4) chemiczne; kandydaci, nie posiadający wyższych studjów, mogą być przyjmowani jako wolni słuchacze, nie mający prawo do świadectwa" Charakterystykę kwalifikacyjną uczestników kursu może stanowić skład obecnego kursu. Uczestniczy w nim 31 osób, w tem 4 doktorów medycyny, 14 magistrów farmacji i chemji, 2 inżynierów, 2 doktorów chemji, 1 z dyplomem nauczyciela średniego, 1 z dyplomem przyrodniczki II stopnia, 1 z personalu nauczycielskiego Wyższych kursów żeńskich, 1 prowizor farmacji i 5 słuchaczów wolnych z wyższej szkoły handlowej, którzy mają obecnie już prawo do kategorji słuchaczów pełnoprawnych.

Wnioski.

Rozwarzywszy obecny stan uzyskiwania koncesji na wykonania analiz lekarskich - diagnostycznych, Rada Wydziału Lekarskiego Uniw. Warszaw. na posiedzeniu w dniu 7. marca 1930 r doszła do wniosków, że 1) dotychczas w każdej z byłych dzielnic Polski posiadają moc prawną odrębne przepisy, obecnie już przestarzałe, 2) niezgodny z temi przepisami obecny tryb postępowania władz nietylko może być przyczyną kolizji, w których prawo nie będzie po stronie władz, lecz nie może być utrzymywany, prawo bowiem samodzielnego wykonywania analiz lekarskich według przekonania Rady Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz. oraz opinji Rad Wydziałów Uniw. Poznańskiego i Wileńskiego, przesłanych Wydziałowi Lekarskiemu Uniw. Warsz. może być nadawane tylko lekarzom, do tego należycie przygotowanym, przyrodnicy zaś i farmaceuci mogą być conajwyżej zużytkowani zastępczo, jako siły pomocnicze, pracujące pod kierownictwem lekarza.

Wobec tego Rada Wydziału Lekarskiego uznaje za konieczne, by w możliwie krótkim czasie Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych opracował specjalną ustawę, obejmującą całe Państwo Polskie, dotyczącą gabinetów chemiczno-bakterjologicznych, przeznaczonych do badań diagnostycznych wydzielin organizmu ludzkiego, wykonywanych z polecenia lekarzy praktykujących, Rada Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz. przytem zaznacza, że przy ostatecznem ustaleniu brzmienia tej ustawy nie powinien być pominięty głos Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów polskich oraz Naczelnej Izby Lekarskiej.

W załączeniu przesyłam opinję Rady Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz. ustaloną na posiedzeniu z dnia 7. III. 1930 jako odpowiedź na pismo Okręgu Lwowskiego Zw. L. P. P. w sprawie wydawania koncesji na prowadzenie pracowni analitycznych do badań diagnostycznych organizmu ludzkiego.

Dziekan Orzechowski.

Odpis 3).

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwerystetu Poznańskiego.

Poznań, dnia 6. marca 1930.

L. 525.

Do Związku Lekarzy Państwa Polskiego Okrąg Lwowski we Lwowie.

Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego podziela w zupełności opinję Związku Lekarzy Okręgu Lwowskiego, że osoby bez studjów lekarskich kształcone praktycznie w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie w zakresie analiz lekarskich mogą być uważane jedynie jako siły pomocnicze, pracujące pod kierownictwem lekarza, a nigdy jako prowadzące samodzielnie pracownię o zadaniach czysto lekarskich. Rada Wydziału Lekarskiego uważa, że siłom tym nigdy koncesji samodzielnych nadawać nie należy.

Dziekan Wydziału Lekarskiego mp.

Odpis 4).

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego

Wilno, dnia 27. lutego 1930.

L. 670 ex 29/30.

Do Związku Lekarzy Państwa Polskiego Okrąg Lwowski we Lwowie.

Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie na posiedzeniu swem z dnia 18. II. 30 r. uchwaliła poprzeć w całej pełni wytyczne wypowiedziane w memorjale Związku Lekarzy Państwa Polskiego Okrąg Lwowski z dnia 11. II. 30. r. w sprawie nieudzielania koncesji nie-lekarzom, absolwentom kursu analiz Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie.

Dziekan mp.

Odpis 5).

Wileńsko-Nowogrodzka Izba Lekarska Wilno, Mickiewicza 19—23.

L. 124/30. Wilno, dnia 27. lutego 1930.

Do Okręgu Lwowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego we Lwowie.

Zarząd Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej w związku z pismem z dnia 11. II. b. r. podziela całkowicie i popiera stanowisko zajęte w tem piśmie przez Okrąg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Sekretarz Izby: *Dr. E. Czarnecki.* Naczelnik Izby: *Dr. L. Klott.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Niestrudzony bibljotekarz Tow. Lek. Warsz., kol. Zweigbaum, podaje do wiadomości kolegów, członków i niečzłonków Towarzystwa, że opracował „Katalog słownikowy" bibljoteki, rodzaj katalogu rzeczowego, który w sposób prosty i praktyczny rozwiązuje sprawę informowania interesantów, jakiemi dziełami danego tematu bibljoteka rozporządza. Sporządzeniem tego katalogu oddał kol. Zweigbaum wielką przysługę każdemu z kolegów, interesujących się w danej chwili pewnem zagadnieniem naukowem. Dotychczas gotów jest spis słownikowy wszystkich podręczników, monografij i rozpraw, mających więc nad 50 stron druku. W ciągu najbliższych lat ma być przygotowany katalog słownikowy broszur i odbitek, znajdujących się w bibljotece. Wszyscy koledzy, którym strona naukowa naszego zawodu nie jest obojętna, z pewnością należycie ocenią wielką zasługę kol. Zwejgbauma i z wdzięcznością przyjmą zaproszenie do korzystania z owoców jego kilkoletniej mozolnej pracy.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się dn. 10 czerwca 1930 r. 1. Wiceprezes. Wynik konkursu im. Dra Wacława Męczkowskiego. 2. M. Wierzuchowski i W. Pieskow. Wpływ insuliny na „cukrzycę" głodową, białkową i tłuszczową. 3. A. Pallier i M. Wierzuchowski. O szybko-rytmicznem wprowadzaniu pokarmu: cukry.

Kraków.

Z dniem 15. V. została uruchomiona czytelnia Twa Lekarskiego. Czytelnia dostępna jest dla członków Twa codziennie z wyjątkiem niedziel i świąt od godz. 10—20. Bibljoteka jest otwarta, jak dotychczas od godz. 19—20.

Działalność krakowskiego Tow. ratunkowego była w ub. roku szczególniej intensywna, jak świadczą kroniki tego Towarzystwa. W roku ub. interwenjowało pogotowie ratunkowe w 5811 wypadkach chirurgicznych (złamanie rąk, nóg, podstawy czaszki i t. p.), 259 wypadkach oparzeń, 268 chorób umysłowych, 163 samobójstw, 804 obrażeń wewnętrznych, 1961 odmrożeń i t. d. W 83 wypadkach lekarze stwierdzili śmierć. Ogółem w roku 1929 interwenjowało pogotowie w 13.260 wypadkach, przyczem udzieliło pomocy 8425 mężczyznom, 4420 kobietom i 388 dzieciom do lat 10. Ilość wyjazdów poza rogatki miasta i to nawet do bardzo odległych miejscowości, zwiększyła się ogromnie. Nie było prawie jednego dnia, aby pogotownia nie wzywano poza Kraków, bądź to do wypadku, bądź to do przewiezienia chorego. Nadto wyjeżdżało pogotowie do dalszych okolic Krakowa, a to: Nowego Targu, Raby, Wyżnej, Rabki, Żywca, a nawet do Częstochowy, Jaworzna, Sosnowca, Radomska i t. d. Zaznaczyć należy, że o ile chodzi o zamachy samobójcze, to liczba ich w roku ub. wynosiła 150; w porównaniu zaś z rokiem 1928 wzrosła o 10, natomiast zmalała w porównaniu z rokiem 1927, w którym zanotowano aż 195 zamachów samobójczych. Towarzystwo liczy członków zwyczajnych 1042, dożywotnich 24, założycieli 63, honorowych 38.

O doktoraty medycyny. W dn. 20. V. wieczorem w sali Theatrum Anatomicum staraniem specjalnego Komitetu dla spraw doktoratów, złożonego z przedstawicieli studentów wyższych lat wydziału lekarskiego, odbył się wiec medyków. Protektorat nad wiecem przyjął rektor Leon Marchlewski, obradom przewodniczył prezes Bratniej Pomocy medyków U. J. p. Stein. Przedmiotem dyskusji i rezolucyj była sprawa przedłużenia dla słuchaczy wydziału lekarskiego możliwości uzyskiwania doktoratu na podstawie dotychczas obowiązującego systemu. Jak wiadomo, został on bowiem zastąpiony nowym, który będzie obligatoryjny już od czerwca b. r. Na tem tle wyłoniła się kwestja czy dla słuchaczy wyższych lat medycyny nie przedłużyć poza termin czerwcowy dawnych przepisów. Sprawa ta bardzo w obecnej chwili aktualna była już przedmiotem obrad Rady wydziału medycyny uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, która opowiedziała się jednomyślnie za uwzględnieniem słusznych postulatów studjującej młodzieży. Po szeregu przemówień i przedyskutowaniu całej sprawy wiec medyków krakowskich uchwalił wysłanie delegacji do p. ministra wyznań rel. i oświecenia publ. z prośbą o przedłużenie mocy obowiązującej dawnego systemu i przyznanie Radom wydziałowym prawa decydowania w konkretnych wypadkach czy uzyskanie doktoratu ma nastąpić wedle starych, czy wedle nowowprowadzonych przepisów. Sprawa ta, dla młodzieży medycznej będącej już u końca swych uniwersyteckich studjów, niezmiernie doniosła, stanie się niebawem przedmiotem obrad także w innych środowiskach uniwersyteckich Polski, a prawdopodobnie wywoła i dalsze interwencje w ministerstwie oświaty.

Wilno.

Generalny sekretarz XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie za naszem pośrednictwem prosi uczestniczkę Zjazdu, która w czasie wycieczki do Trok zgubiła kolczyk, aby w jaknajkrótszym czasie zechciała zgłosił się pod jego adresem (Prof. Dr. K. Michejda — Wilno, ul. Cicha Nr. 1), podając równocześnie krótki opis zgubionego przedmiotu.

Z kraju.

W dn. 12-go i 13-go kwietnia 1930 nastąpiło zakończenie kursów państwowych w Dziekance z pielęgniarstwa psychjatrycznego egzaminem pod przewodnictwem delegata Rządu, inspektora-lekarza Województwa Poznańskiego Dr. Żmigroda z Poznania. Do komisji egzaminacyjnej należeli: dyrektor Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski oraz pp. Dr. Wilczyński, Świerczek, Gorzkowski z Dziekanki. Do egzaminu stanęło 30 kandydatów (14 mężczyzn i 16 kobiet, 18 sób z Dziekanki, 12 z Owińsk). Wszyscy egzaminowani zdali egzamin, mianowicie 14 osób z wynikiem „bardzo dobrym", 16 z wynikiem „dobrym".

Ze świata.

Ludność miast i wsi poszczególnych państw. Najbardziej „chłopskim" krajem Europy jest Rosja: liczy ona 84% ludności wiejskiej i tylko 16% miejskiej. Najbardziej zaś „miejskiem" państwem „starego świata" jest Anglja, licząca (wraz z Walją, ale bez Szkocji) 78% ludności miejskiej, a wiejskiej tylko 22%. Szkocja posiada 75% mieszczan, i 25% włościan. Niemcy mają w miastach 63% swojej ludności, na wsi 37%; Austrja w mieście 60%, na wsi 40%; Stany Zjednoczone A. P. 51,4% (miasta) i 48,6% (wieś). Inne państwa mają większość ludności wiejskiej. Francja posiada w mieście 47% ludności, a na wsi 53%; Danja w miastach 41%, po wsiach 59%; Irlandja 34% (dla miast) i 66% (dla wsi); Polska ma w mieście przeszło 30%, na wsi około 70% (dane z 1921 roku); podobny stosunek panuje w Szwecji.

Przyrost naturalny w Polsce i w Niemczech. W Berlinie na zebraniu Tow. współpracy nad nowoczesną kolonizacją nawoływano do wzmożenia akcji kolonizacyjnej w nadgranicznych wschodnich prowincjach Rzeszy. Wskazywano na rosnące niebezpieczeństwo polonizacji kresów wobec tego, że w Polsce przyrost urodzin wynosi 14 na tysiąc, co może sprawić, że już w roku 1946 Polska przewyższy swem zaludnieniem Niemcy. Instytut badania konjunktury ogłosił ostatnio obliczenie przyrostu młodzieży niemieckiej w latach najbliższych. Według tego obliczenia w 1928 r. ukończyło 15 rok życia 1.241.000 Niemców, w 1929 r. 1.226.000, 1930 r. ukończyło względnie ukończy 15 rok życia tylko 937.000, w 1931 roku 699,000, w 1932 r. 624.000, w 1933 roku 627.000 Niemców.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Turcji i Małej Azji. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze austrjaccy 17 sierpnia 1930 do Konstantynopola. Uczestnicy zobaczą Bukarest, Giurgiu, Konstanzę, Konstantynopol(z okolicą) i oglądną tamtejsze zakłady lecznicze, między innemi także stację termalną Kura, która miejscowość znana już była w starożytności (Pythia). Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Małej Azji. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory. Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem. Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien, Austria) I. Biberstrasse 11, I. St. albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau, Wien I. Heiligenkreuzerhof.

Redakcja otrzymała.

L. Duvernay „L'arthrite chronique de la hanche". Masson et Cie Paris 1930.

M. A. Dumas „Les hypotensions" aiguës et subaiguës". Masson et Cie Paris 1930.

M. de Abreu „Radiographie nephro-cholécystique". Masson et Cie. Paris 1930.